

TESIS DOCTORAL

Actitudes del personal sanitario ante la clonación humana

Mercedes Lupiani Giménez

© Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz
El Autor

Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz
C/ Doctor Marañón, 3. 11002 Cádiz
www.uca.es/publicaciones
publicaciones@uca.es

ISBN: 978-84-9828-125-5



*UNIVERSIDAD DE CÁDIZ
FACULTAD DE MEDICINA
- MEDICINA LEGAL -*

*ACTITUDES DEL PERSONAL
SANITARIO ANTE LA
CLONACIÓN HUMANA*



*TESIS DOCTORAL
M. LUPIANI GIMÉNEZ
CÁDIZ, 2006
UNIVERSIDAD DE CÁDIZ*

FACULTAD DE MEDICINA

*PROGRAMA INTERDEPARTAMENTAL. ÁREA DE MEDICINA
LEGAL*

“ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA CLONACIÓN HUMANA.”



AUTORA: *M^a. DE LAS MERCEDES LUPIANI GIMÉNEZ*

DIRECTORES: *PROF. DR. D. FCO. J. GALA LEÓN.*
 PROF. DR. D. JOSÉ L. ROMERO PALANCO.

*Tesis presentada para aspirar al grado de Doctor por la Universidad de
Cádiz.*

A mis padres que lo dieron todo por mi y –especialmente- a mi madre que me acompaña siempre.

A Paco, mi marido, compañero y sobretodo amigo, que siempre ha creído en mi y me ha apoyado en todos los malos momentos, sin pedir nada a cambio.

A mis hijos, Javi y Carlos, que dan sentido a mi vida y que siempre están y estarán en mi corazón con su amor.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los Profs. D. José Luis Romero Palanco y D. Francisco Javier Gala León, quienes además de transmitirme su vocación investigadora, me orientaron, ayudaron y estimularon constantemente y directamente en todos los aspectos de la tesis durante estos años. Agradecerles la plena confianza que siempre me han demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento me han ofrecido.

A mi querido amigo y compañero D. José Manuel Martínez Nieto, por su inestimable ayuda con el programa estadístico.

A mis compañeros y Profesores Asociados de Ciencias de la Salud del Área Médica tanto del Hospital de Puerta del Mar como de Puerto Real, por su colaboración a la hora de recoger la muestra.

A todos los participantes que contestaron pacientemente y de forma desinteresada los cuestionarios, que hicieron factible este trabajo.

“ (...) Sin embargo, estos filósofos cuyas manos parecen servir tan sólo para hurgar en la suciedad, manejar el microscopio o el crisol, han conseguido auténticos prodigios: Se introducen en las profundidades de la naturaleza y averiguan sus secretos motores. Han descubierto el firmamento, el principio de la circulación sanguínea y la composición del aire que respiramos. Han logrado poderes nuevos y casi ilimitados, dominan el rayo, determinan los terremotos y descubren, algunas veces, aspectos del mundo invisible (...). Mucho se ha logrado, clamaba mi alma, pero tú lograrás más mucho más (...). Imbuido en este estado de ánimo me lancé a la creación de un ser humano”.

M. SHELLEY (Frankenstein. El nuevo Prometeo)

REFERENCIA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

<i>AAAS:</i>	<i>Asociación Estadounidense para el avance de la Ciencia (Americam Association Advance of Science)</i>
<i>ACT:</i>	<i>Advanced Cell Technologies</i>
<i>ADN:</i>	<i>Ácido Desoxirribonucleico</i>
<i>AN:</i>	<i>Ácido Nucléico</i>
<i>APA:</i>	<i>American Psychological Association</i>
<i>ARN:</i>	<i>Ácido Ribonucleico</i>
<i>Art.:</i>	<i>Artículo</i>
<i>BAC:</i>	<i>Biblioteca de Autores Cristianos</i>
<i>CEG:</i>	<i>Consejo Evangélico de Galicia</i>
<i>CGE:</i>	<i>Células Germinales Embrionarias</i>
<i>CIB:</i>	<i>Clonación con fines de Investigación Biomédica</i>
<i>CIS:</i>	<i>Centro de Investigaciones Sociológicas</i>
<i>CM:</i>	<i>Células Madre</i>
<i>CMA:</i>	<i>Células Madre de Adulto</i>
<i>CME:</i>	<i>Células Madre Embrionarias</i>
<i>CMF:</i>	<i>Células Madre Pluripotentes</i>
<i>CNB: (en italiano)</i>	<i>Comité Nacional para la Bioética</i>
<i>coord.:</i>	<i>Coordinador</i>
<i>EC (CM):</i>	<i>Células de Carcinoma Embrionario</i>
<i>Ed.:</i>	<i>Editorial</i>
<i>Edic.:</i>	<i>Edición</i>
<i>Edit.:</i>	<i>Editor</i>
<i>ES: (en inglés)</i>	<i>Célula Embrionaria</i>
<i>Et al.:</i>	<i>(abreviatura latina) y otros o y los demás</i>
<i>FEREDE:</i>	<i>Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España</i>
<i>FISH:</i>	<i>Hibridación in situ con fluorescencia</i>
<i>FIVTE:</i>	<i>Fertilización in Vitro por Trasplante de Embriones</i>
<i>HSC: (en inglés)</i>	<i>Células Troncales Hematopoyéticas</i>
<i>HUGO:</i>	<i>Human Genome Organization</i>
<i>LTRA:</i>	<i>Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida</i>
<i>MHC:</i>	<i>Mayor Histocompatibility Complex (Complejo Mayor de Histocompatibilidad) – a diferencia de Mhc que son las siglas de las proteínas antígenas propiamente dichas-</i>
<i>MIT: (en inglés)</i>	<i>Instituto tecnológico de Massachusetts</i>
<i>nº:</i>	<i>Número</i>
<i>NBAC:</i>	<i>National Bioethics Advisory Comisión</i>
<i>n.c.:</i>	<i>Nivel de confianza</i>
<i>OMS:</i>	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
<i>ONU:</i>	<i>Organización de Naciones Unidas</i>
<i>Op. Cit:</i>	<i>Opera citata (obra citada)</i>

<i>PCR:</i>	<i>Reacción en Cadena de la Polimerasa</i>
<i>P.S.:</i>	<i>Personal Sanitario o Profesionales Sanitarios</i>
<i>Ps:</i>	<i>Psicología</i>
<i>rtPA:</i>	<i>Activador Tisular del plasminógeno</i>
<i>SEBBM:</i>	<i>Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular</i>
<i>SIBI:</i>	<i>Sociedad Internacional de Bioética</i>
<i>S.N.:</i>	<i>Sistema Nervioso</i>
<i>S.N.A.:</i>	<i>Sistema Nervioso Autónomo</i>
<i>UCA:</i>	<i>Universidad de Cádiz</i>
<i>UIA:</i>	<i>Universidad Internacional de Andalucía</i>
<i>VIH:</i>	<i>Virus de la Inmunodeficiencia Humana</i>
<i>Vol.:</i>	<i>Volumen</i>
<i>VVA:</i>	<i>Varios Autores</i>
<i>YACs:</i>	<i>Cromosomas Artificiales de la Levadura</i>
<i>y col.:</i>	<i>y colaboradores</i>

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
CAP. I.	
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
CAP. II.	
<u>MARCO TEÓRICO</u>	8
2.1. LAS ACTITUDES _____	9
2.1.1. Función de las actitudes _____	11
2.1.2. Medición de las actitudes _____	12
2.1.3. Valor predictivo de la medición de las actitudes _____	15
2.2. LA CLONACIÓN _____	16
2.2.1. Preámbulo _____	16
2.2.2. La clonación como tal _____	18
2.2.3. Aspectos bioéticos de la clonación _____	29
2.2.4. Consideraciones religiosas _____	46
2.2.5. La Medicina Regenerativa y la utilización en ella de Células Madre sin problemas éticos _____	53
2.3. LA MEDICIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD _____	58
2.3.1. Características que debe cumplir la medición _____	60
CAP. III.	
<u>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</u>	64
3.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y SU UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN ACTUAL: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN _____	65
3.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS _____	68
CAP. IV.	
<u>METODOLOGÍA</u>	71
4.1. METODOLOGÍA GENERAL: LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES O DE PREVALENCIA _____	72
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA _____	76
4.2.1. Población _____	76
4.2.2. Muestra y Controles _____	79
4.3. MATERIAL E INSTRUMENTOS _____	82
4.3.1. Hoja de presentación _____	83
4.3.2. Cuestionario Sociodemográfico _____	84
4.3.3. La Escala “F” –Inventario para medir la Personalidad Prejuiciosa o Autoritaria- _____	85
4.3.3.1. La Personalidad Prejuiciosa o Autoritaria _____	85

4.3.3.2. La Escala Psicométrica	87
4.3.4. La Escala “R” –Inventarios de Creencias Religiosas-	89
4.3.5. La Escala “C” – Cuestionario de actitudes del Personal Sanitario hacia la Clonación Humana –	91
4.3.5.1. Elaboración	91
4.3.5.2. El Cuestionario definitivo	92
4.4. DISEÑO, RECOGIDA DE DATOS Y CALENDARIO	98
4.5. TRATAMIENTO DE LOS DATOS	101
CAP. V. <u>RESULTADOS</u>	107
5.1. GUÍA	108
5.2. TABLAS	109
5.3. GRÁFICOS (descripción)	180
CAP. VI. <u>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	182
6.1. ANÁLISIS DE LOS RASGOS PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS GENERALES DE LA MUESTRA Y LOS CONTROLES	185
6.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS GLOBALES OBTENIDOS EN LAS ESCALAS Y SUS INTERRELACIONES Y CORRELACIONES	222
6.3. ANÁLISIS POR ÍTEMS Y FACTORES DE LA ESCALA C	235
6.3.1. Ítems de la Escala C	236
6.3.2. Factores o Subescalas de la Escala C	266
6.3.2.1. Escala C completa	266
6.3.2.2. Factor (subescala) 1	267
6.3.2.3. Factor (subescala) 2	270
6.3.2.4. Factor (subescala) 3	272
6.3.2.5. Factor (subescala) 4	275
6.3.2.6. Factor (subescala) 5	277
6.3.2.7. Factor (subescala) 6	279
6.3.2.8. Factor (subescala) 7	281
6.3.2.9. Factor (subescala) 8	284
6.3.2.10. Factor (subescala) 9	287
6.3.2.11. Factor (subescala) 10	291
6.3.2.12. Factor (subescala) 11	294
6.4. RECAPITULACIÓN GENERAL	297

<i>CAP. VII.</i>	<i><u>CONCLUSIONES</u></i>	308
	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	314
	<i>ANEXOS</i>	

I-INTRODUCCIÓN

**".... y seréis como Dios"
(Gén. 3,5)**

En la revista Nature del 27 de Febrero de 1997 Ian Wilmut et al. anuncian que se había logrado por CLONACIÓN el nacimiento de la oveja Dolly, primer animal superior nacido a través de una técnica de clonación por transferencia del núcleo de célula mamaria a un ovocito enucleado. Mientras tanto, entre 1997 y 1998, se descubren las CÉLULAS MADRE y la posibilidad de su cultivo a través de células de EMBRIONES PREIMPLANTATORIOS HUMANOS, con capacidad para diferenciarse en cualquier clase de célula o tejido. Por otro lado, el 26 de Mayo de 2000, se hace pública la primera secuenciación completa del GENOMA HUMANO, culminándose el -posiblemente- más importante y ambicioso proyecto que se ha desarrollado en las Ciencias de la Vida: EL PROYECTO GENOMA HUMANO ⁽¹⁾ ... Por si todo esto fuera poco, el 13 de febrero de 2004, la revista Science publicó el logro de un equipo de la Universidad Nacional de Corea del Sur, apoyado por la Universidad de Michigan, bajo la coordinación del veterinario Hwang Woo Suk y el ginecólogo Moou Shin Yong, consistente en la CLONACIÓN DE EMBRIONES HUMANOS para obtener células madre para ser utilizadas terapéuticamente... sorprendentemente, en Diciembre de 2005 y tras un sonoro escándalo, el profesor Hwang

ha pedido disculpas públicas y ha anunciado su dimisión después de que la Universidad Nacional de Seúl confirmara que el científico manipuló los datos de la supuesta clonación de embriones humanos (en realidad los blastocitos fueron obtenidos por simple partenogénesis) amén de otros espinosos asuntos tales como la utilización de óvulos de colaboradoras -contraviniendo las más elementales normas Bioéticas al uso- y la desviación de fondos, ("como autor de artículos en los que aparecían hechos falsos, me considero totalmente responsable, admito todo lo ocurrido y pido perdón", declaró públicamente en Enero de 2006 en una conferencia de prensa el Dr. Hwang ⁻²⁻); así las cosas, la revista Science ha eliminado toda referencia a los polémicos trabajos del surcoreano, no citándolo en su lista de descubrimientos importantes de 2005.

¿Cómo se ha podido llegar a este extremo? una de las claves la podemos encontrar en el grandísimo impacto social y mediático que está teniendo el tema de la clonación humana que, sin ir más lejos, es el campo científico que más preocupa a los europeos (y españoles) desde 2002 ⁽³⁾; de este modo, el "nivel de visibilidad de esta área científica en los medios de comunicación es muy alto" ⁽⁴⁾ generando aceptación incondicional o rechazos viscerales en la opinión pública e, incluso, en la comunidad científica que iza bandera de combate ofreciendo y manejando datos contrapuestos (de hecho, dos estudios realizados en EEUU para conocer el grado de aceptación o rechazo que tiene la clonación humana han obtenido resultados contrapuestos: Uno, realizado por la Coalición para el Avance de la Investigación Médica, señala que el 68% de los estadounidenses se declara a favor de la clonación cuando el objetivo es obtener células madre para tratar enfermedades en un futuro; por el contrario, la investigación presentada por la Organización Stop Human Cloning indica que el 59% de los ciudadanos norteamericanos considera equivocado crear embriones humanos con fines de investigación ⁻⁵⁻).

A nadie se le oculta que otra de las claves, y no la menor, se asienta en la proyección económica que el asunto conlleva a través de las futuras (y presentes) biopatentes y en los intereses de las empresas farmacéuticas y de las dedicadas a la tecnología biomédica ⁽⁶⁾. Si todo ello lo aderezamos con la emoción que generan las expectativas reproductivas y terapéuticas que estas nuevas técnicas auguran -prome-tiendo, incluso, el elixir de la eterna juventud - el menú está listo y servido, ("El próximo paso es ganar la batalla a la vejez (...). En el futuro se estudiará cómo se produce y cómo combatirla. La búsqueda del Santo Grial, máximo exponente en la cultura judeocristiana de la lucha por la eterna juventud, continuará siéndolo por muchos años" ⁻⁷⁻).

Como vemos, las Ciencias Biosanitarias -como ya lo hizo la Física en su día- se han convertido en **TECNOLOGÍA** - la "hija de la ciencia", según palabras de Lozano Leyva ⁽⁸⁾ -, adquiriendo el poder de manipular la estructura de la vida y producirla artificialmente por clonación ⁽⁹⁾ ... ¡incluso la humana!, a este respecto, ya en febrero de 1997, el Frankfurter Allgemeine Zeitung, tras la clonación de Dolly, sentenció: "Copérnico expulsó al hombre del centro del Universo, pero la ciencia de la procreación está a punto de expulsar al hombre de sí mismo" ⁽¹⁰⁾ .

De este modo, los antiguos mitos y las utopías decimonónicas han dado paso actualmente a profecías y nuevos mitos (paradisíacos para unos y apocalípticos para otros) debidos a la revolución biotecnológica; mitos aireados con gran profusión de publicidad con los supuestos soportes de la autoridad (científica), de las palabras con prestigio y de la emoción ⁽¹¹⁾ .

Pero a nadie se le escapa que en este campo, como sucede con todas las tecnologías poderosas, existen **FUERTES CONTRADICCIONES** habiéndose abierto un **DEBATE SOCIAL** áspero y apasionante a la vez, que ha alcanzado a todos los tejidos sociales - **INCLUIDO EL POLÍTICO** como tan acertadamente predijo, en este y otros temas, M. Weber ⁽¹²⁾- debate que -estamos convencidos- seguirá creciendo... y es que los **GRANDES HITOS NECESITAN GRANDES CONSENSOS** ⁽¹³⁾: Por un lado, la clonación (en combinación con la ingeniería genética y la genómica) posee un inmenso potencial benéfico, nadie lo duda; pero tal poder puede ser mal explotado o fundamentarse en medios ilícitos (por loables que sean los fines).

¿Qué nos deparará el futuro?. Sin duda la historia de la clonación será (de hecho, ya lo está siendo -aún con sus claroscuros-) extraordinaria y cambiará nuestras vidas, pero la pregunta crucial es ¿lo hará a mejor o a peor?. El debate está también servido aquí y está provocando, y seguirá haciéndolo, reacciones sociales contrapuestas, no exentas de aprioris y de errores conceptuales, que dificultan la deliberación sosegada y la medida precisa para llegar al consenso antes invocado.

No cabe duda de que las sociedades no tienen por qué adoptar tecnologías con las que no se sientan a gusto, de modo que una sociedad avanzada es, en realidad, aquella que tiene capacidad para proveerse de bienes superiores o mejores a los que ya existen ⁽¹⁴⁾ y los seres humanos deben poderse oponer a lo que no les conviene o agrada, **PERO ESTANDO SEGUROS** -o razonablemente seguros- **DE ELLO**, tras su análisis y debate integral -en este

caso PSICOSOCIAL Y BIOÉTICO ⁽¹⁵⁾ - y no en base a meros PREJUICIOS, en pro o en contra:

En contra de la clonación REPRODUCTIVA humana no se han pronunciado tan solo autoridades religiosas, teólogos, políticos y filósofos, sino la inmensa mayoría de la Comunidad Científica. Sin embargo la TERAPÉUTICA, sin fines reproductivos, no debería presentar mayores reservas, si se tiene en cuenta el PECULIAR ESTATUTO BIOLÓGICO DEL NUCLEOLO, SU DESARROLLO EXCLUSIVAMENTE EN EL LABORATORIO (no en el útero de una mujer) y los OBJETIVOS EXPRESOS PARA LOS QUE SE CREA (obtención de células troncales para el tratamiento de enfermedades graves sin riesgo inmunológico) ⁽¹⁶⁾. Sin embargo las cosas no están tan claras, de hecho el Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) ha emitido un comunicado recomendando "REFLEXIÓN y ESTUDIO CUIDADOSO DE ESTA TÉCNICA" en la conocida como "Declaración Bioética de Gijón" ⁽¹⁷⁾, y la Asociación Estadounidense para el Avance de la Ciencia (AAAS) -la mayor federación de científicos del mundo y editora de la prestigiosa revista Science- acaba de recomendar, por razones bioéticas y científicas, una mayor reflexión sobre las investigaciones que impliquen una modificación hereditaria de los genes del ser humano ⁽¹⁸⁾.

La clave, sin duda, de todo el debate es el conocido como ESTATUTO DEL EMBRIÓN ("el conjunto de derechos y obligaciones a que da lugar su relación con el mundo que le rodea", como ha sido definido ⁻¹⁹⁻) pues el problema surge porque las técnicas de clonación afectan a embriones humanos... pero el problema de cuándo se inicia realmente la vida humana y cuándo se es persona se remonta a Aristóteles, pasando por la definición clásica de Boecio y el análisis Kantiano, hasta nuestros días ⁽²⁰⁾, no estando clara la determinación existencial de cuándo estamos en presencia o no de un individuo / persona humana, encontrándose 2 posturas irreconciliables, desde entonces: las que apelan a la PERSONIFICACIÓN DESDE EL PRINCIPIO DE LA FECUNDACIÓN y las que apelan a la PERSONIFICACIÓN RETARDADA (a un estadio u otro), -a este respecto conviene recordar que el propio Sto. Tomás de Aquino, siguiendo a Aristóteles defendió la "ANIMACIÓN RETARDADA" ⁽²¹⁾ (personificación, diríamos hoy, fuera del contexto religioso)-. Además de estas posturas, tenemos 3 perspectivas ⁽²²⁾: La Ontológica (genómica, estructural y / o nidatoria), la Psicologista y la Jurídica.

Pero aunque esa sea la piedra angular del debate bioético y psicosocial, éste no se extingue en la cuestión de si el embrión humano es un individuo de la especie humana y, como tal, una persona humana, sino que plantea otros muchos interrogantes ⁽²³⁻²⁴⁾ : ¿Se

pueden utilizar personas en contra de sí mismas?; ¿Qué es la persona y quiénes son personas?; ¿Cuáles son los límites de la ciencia?; ¿Está la libertad científica por encima de todo?; ¿Se pueden hurtar avances terapéuticos por meros escrúpulos morales?; ¿No es menos malo utilizar a los embriones sobrantes de Técnicas de Fertilización in Vitro -FIVTE-, congelados en la actualidad, en ayudar a la humanidad que destruirlos o dejarlos morir sin más?; ¿Qué se hace con los embriones sobrantes de FIVTE?; ¿No es hipócrita o contradictorio el regular el aborto y la Fecundación in Vitro y no la Clonación Terapéutica?; y, en el caso de que se dé tal regulación ¿podrá objetar conciencia el Personal Sanitario?... A este elenco de cuestiones le añadimos, sin ser baladí ni ociosa, la pregunta que nosotros nos hacemos ¿Qué piensa o CUÁL ES LA ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO (P.S.) ANTE TODO ESTO?.

En efecto, en este escenario, las actitudes del P.S. ante la clonación cobran un protagonismo especial pues él habrá de ser, a la postre, quien ejecute o no las técnicas de clonación (sobre todo las terapéuticas), pudiendo -con esta praxis- servir al hombre o degradarlo, siendo así UN PROTAGONISTA ESENCIAL del dilema ⁽²⁵⁾.

Pero no podemos olvidar que -además- se establece una verdadera retroalimentación entre las actitudes del P.S. ante estos temas y las de la sociedad en general (como sucede en todos los casos opinables y con calado bioético como es el del SIDA, la Donación de órganos, la Muerte, la Eutanasia, el Aborto, etc ⁻²⁶⁻²⁹⁻): En efecto, los Profesionales de la Salud son, de algún modo, recipiendarios de los miedos, tabúes, prejuicios y valores de la sociedad a la que pertenecen y que ésta alimenta; pero, a su vez, ellos mismos potencian y perpetúan esas actitudes con su "autoridad y prestigio", de modo que sus actitudes -percibidas por el público en general- tienen y tendrán una gran impronta en la aceptación o resistencia que el gran público tenga hacia estas aplicaciones de la Biotecnología ⁽³⁰⁾, por lo que el análisis de las mismas en el P.S. adquiere una nueva dimensión de importancia no desdeñable.

En este escenario y en este marco, pretendemos con nuestra investigación arancelar el campo actitudinal del P.S. ante la clonación, viendo hacia qué derroteros se decanta, si existen prejuicios en la base de tales actitudes, y qué se puede esperar de estos Profesionales, en este campo, en su praxis cotidiana; todo lo cual -estamos convencidos de ello- es muy importante pues, en definitiva, es el hombre con sus actitudes y conductas quien aplica la ciencia y utiliza la tecnología, para bien o para mal, radicando aquí la grandeza de su bien más preciado: LA LIBERTAD, como nos recordaba el gran genetista

J. Lejeune: "... *Es necesario que la Sociedad Moderna empiece a entender que la Ciencia en sí no es útil ni perjudicial, pues puede ser una cosa u otra según sea utilizada para servir al hombre o para degradarlo... El verdadero peligro está en el hombre; en el desequilibrio cada vez más importante entre su poder que va aumentando y su prudencia que va disminuyendo...*"⁽³¹⁾.

II - MARCO TEÓRICO

2.1.- LAS ACTITUDES

"Si piensas conocerte, observa la conducta de los demás; si quieres conocer a los demás, mira en tu propio corazón"

F. VON SCHILLER (De la educación estética del hombre)

El término actitud ha pasado a formar parte de nuestro vocabulario, pero pocas veces nos detenemos a pensar qué son, cómo las desarrollamos, cómo influyen en nuestro comportamiento y en nuestras vidas y -por supuesto- en nuestra labor profesional -en nuestro caso como Sanitarios-; y, sin embargo, nuestra conducta está condicionada en gran parte por nuestras actitudes, por ello su investigación es una de las principales preocupaciones de las CC de la Conducta y -dado su peso en el desempeño profesional- su estudio es primordial en el mundo laboral ⁽¹⁾ y, como corolario, su análisis es decisivo para evaluar la calidad de todo desempeño profesional ⁽²⁾ incluido el de los Profesionales de la Salud ⁽³⁾. Así, tanto en la Psicología Social cuanto en la Psicología Clínica y de la Salud, se emplea cierto número de términos para describir los "MOTIVOS SOCIALES" ("disposiciones conductuales adquiridas"⁴⁻) y los estados motivadores relacionados ("valor", "actitud", "marco de referencia", "tolerancia", "ideología"...), con significados que a veces se

solapan; Allport ⁽⁵⁾ en un estudio pionero constató más de un centenar de definiciones de Actitud girando todas en torno a la predisposición del individuo a conducirse de un modo o de otro; Fishbein y Azzen ⁽⁶⁾ han realizado una reformulación conceptual de las actitudes en base a Cuatro Dimensiones que juegan un papel importante en la conducta social: a) Las creencias acerca del objeto de actitud. b) La actitud hacia el objeto. c) Las intenciones conductuales, y d) La conducta específica hacia el objeto de la actitud.

Esta conceptualización implica que la relación que se establece entre actitud y conducta está mediatizada por factores cognitivos y por la intención conductual. Así respondemos a gran cantidad de estímulos, categorizándolos y relacionándolos con otras categorías; de este modo las actitudes nos ayudan a expresar valores y a comprender el mundo, mientras que la experiencia y el aprendizaje pueden ser sus determinantes.

Berkowitz ⁽⁷⁾ propone que las definiciones de actitud se clasifiquen según 3 categorías : a) Como evaluación o reacción afectiva; b) como predisposición a actuar, y c) como mezcla de tres componentes (afectivo, cognitivo y conductual). Así una Actitud sería una "posición desde la que contemplamos un fenómeno social de acuerdo con lo que pensamos y sentimos por él y que nos predispone a reaccionar al mismo de una forma determinada" ⁽⁸⁾. La definición más clásica y compartida tal vez sea la de Katz ⁽⁹⁾ : "LA ACTITUD ES LA TENDENCIA O PREDISPOSICIÓN DEL INDIVIDUO A EVALUAR EN CIERTA FORMA UN OBJETO O UN SÍMBOLO DEL MISMO"... y, a obrar normalmente en consecuencia -añadiríamos nosotros- , de esta forma las actitudes tienen COMPONENTES Afectivos, Cognitivos y Comportamentales (aglutinarían sentimientos y emociones, creencias y acciones) siendo posible que en una actitud dada haya más cantidad de un componente que de otro, pudiendo ser así puramente afectivas o viscerales, francamente intelectualizadas -racionalizadas- etc.

Asimismo, las actitudes están estrechamente relacionadas con las CREENCIAS con las que interactúan conformando estructuras más o menos coherentes que serían los SISTEMAS DE VALORES e IDEOLOGÍAS que aluden a aquellas series de creencias y valores que justifican y explican los planes de acción de un individuo, de un grupo o de una institución ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ . Y es que las actitudes tienden a la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales, compatibilidad que facilita la formación de sistemas integrados de actitudes y valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible, funcionando como "GUÍAS CONDUCTUALES" que facilitan nuestra interpretación del entorno y nuestra acción ⁽¹²⁾.

2.1.1.- FUNCIÓN DE LAS ACTITUDES

"Nuestras actitudes y prejuicios son como nuestros relojes: nunca están de acuerdo, pero cada uno cree en el suyo".

A. POPE (Ensayo sobre el hombre)

Existe una gran coincidencia entre teóricos de muy diversa tendencia sobre las funciones que cumplen las actitudes para el individuo, aunque estudios funcionalistas hay -en realidad- más bien pocos. De todos modos, las teorías funcionales aportan tres ventajas ⁽¹³⁾ :

- * Constituyen un paso importante hacia un enfoque más fenomenológico de las actitudes.
- * Mediante tal análisis podemos evitar el error de caer en formulaciones simplistas mediante las cuales -a veces- se intenta explicar las actitudes mediante una única causa.
- * Reconocen expresamente las complejas fuentes motivacionales de la conducta.

Posiblemente también ha sido Katz ⁽¹⁴⁾ quien con más detenimiento ha desarrollado la concepción funcionalista de las actitudes, aunque también otros autores han trabajado en el tema - Smith et al. ⁽¹⁵⁾ ; Kelman, ⁽¹⁶⁾ Hooper, ⁽¹⁷⁾ etc- siguiendo la presentación de Katz, tenemos que las actitudes cumplen una función general adaptativa (orientadora de conductas) que se desglosa en:

- Función instrumental o utilitaria: Según ello desarrollamos actitudes favorables o desfavorables a aquellos objetos y medios que nos permiten (o impiden) alcanzar metas y fines valorados positivamente por nosotros. (Según refuerzos del pasado o en función de la utilidad percibida para el futuro).
- Función de expresión de conocimientos: Así las actitudes funcionan como patrones o marcas de referencia que contribuyen decisivamente a organizar el universo cognitivo del individuo, simplificando las tareas de decisión en cada caso. Los sucesos y los objetos quedan encuadrados en clases o categorías -a veces con pocos indicios, lo que nos acerca al prejuicio y al estereotipo- de las cuales el individuo forma una actitud que le servirá de guía.
- Función de expresión de valores: La manifestación de actitudes o su traducción en conductas contribuye a la definición pública o privada del autoconcepto y de los valores centrales del sujeto. Así nos identificamos también con nuestros grupos de referencia.

- Función defensiva o de Ego defensa: Con claro anclaje en el neo-freudianismo, alude a que las actitudes pueden ser fruto de mecanismos de defensa (claramente afectivos)... en este sentido alude a diversos mecanismos de formación (entre otros):

a) Las amenazas al yo contribuyen a la formación de actitudes para proteger al individuo de ansiedades internas o permitirle hacer frente a los peligros externos... suelen ser actitudes poco racionales y prejuiciosas.

b) El apoyo familiar y social da origen y refuerza ciertas actitudes egodefensivas (caso de los prejuicios sociales compartidos y de los estereotipos) ⁽¹⁸⁾.

c) La inseguridad de ciertas personas las hace especialmente susceptibles de aferrarse a actitudes poco racionales, autoritarias, segurizantes, etc.

En realidad las actitudes -según esta función general adaptativa- sirven de guías o mapas que orientan nuestra conducta, pero a veces tal guía se hace con poco fuste racional y con cierta visceralidad y fanatismo convirtiéndose -en este caso- las actitudes en PREJUICIOS y ESTEREOTIPOS que funcionan como verdaderos contaminantes ideológicos-conductuales ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

2.1.2.- MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

"El sabio no tiene preferencias; está del lado de lo que es correcto".

R. TAGORE (La religión del hombre)

"No es posible observar directamente las actitudes, sino que debemos inferirlas de la conducta, bien sea al observar las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos, o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales o escritas" ⁽²¹⁾.

Como vemos en la elocuente cita, las actitudes deben inferirse observando las respuestas conductuales en una amplia gama de situaciones -lo cual es casi imposible, como es obvio- o bien considerando y analizando las reacciones verbales (respuestas) o representaciones simbólicas (preguntas) sobre el objeto de la actitud. Cook y Sellitz ⁽²²⁾ clasifican las diversas formas de medir las actitudes en:

- Autoinformes: Escalas o cuestionarios, con mayor o menor estructura psicométrica.

- Observación de conductas en situaciones más o menos naturales: Mediante estudios de campo y/o observación controlada de la reacción del individuo ante estímulos estructurados.

- Reacciones psicofisiológicas: Ante el objeto o su representación, registrando los correlatos fisiológicos de las emociones producidas por la actitud o sus representaciones simbólicas.

Ahora bien, sea cual sea el método seguido, al medir las actitudes se suele analizar SIEMPRE ⁽²³⁾ : a) la dirección de las mismas (en pro, en contra o indiferente), b) la intensidad o fuerza de esa actitud y, A VECES, c) la centralidad de la actitud (si ocupa o no una posición fundamental en el sistema actitudinal del sujeto), d) la prominencia (el grado en el que el sujeto la destaca) y e) la consistencia (el grado en que esa actitud se compagina o articula congruentemente con otras en el mismo sujeto).

Veamos con más detenimiento los diversos MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES:

A) ESCALAS: Los procedimientos más habituales para la medición de actitudes apuntan a construir escalas o cuestionarios de aplicación individual y/o colectiva, de papel y lápiz (autoaplicables) y con estructura psicométrica siguiendo algunos de los siguientes métodos o tipos: a) Tipo Likert, b) Tipo Thurstone y, c) Tipo Guttman.

Así, podemos definir una ESCALA como un conjunto de ÍTEMS que miden una variable, mientras que un ÍTEM hace referencia a cada una de las preguntas planteadas ⁽²⁴⁾.

a) Método Likert: Representa una aplicación directa de la teoría de los tests, siendo así -posiblemente- el más ortodoxo según la Psicometría ⁽²⁵⁾. Los principios y postulados de los que se parte a la hora de construir una escala de este tipo serían los siguientes ⁽²⁶⁾:

1º.- Es posible estudiar las actitudes a partir de un conjunto de enunciados (ítems) que operen como reactivos para el sujeto, éste debe decantarse por una opción de respuesta.

2º.- Los individuos pueden situarse en la variable de actitud desde el punto de vista más favorable al más desfavorable.

3º.- La valoración de los sujetos en la variable de actitud no supone una distribución uniforme sobre el contenido de actitudes, sino su posición favorable o desfavorable sobre el sujeto estudiado.

b) Método Thurstone ⁽²⁷⁾: Esta técnica implica los siguientes pasos:

1º.- Formulación de una gran cantidad de ítems en relación con el objeto de la actitud.

2º.- Los ítems son clasificados por unos jueces en 11 categorías a lo largo de un continuo de más a menos favorable según el grado de acuerdo con el que el ítem refleje la actitud subyacente.

3º.- Las categorías son numeradas de 1 a 11 y se da un valor a cada ítem tomando la mediana de la posición que le ha dado el grupo de jueces.

4º.- Se pasa a calcular el rango intercuartil como medida de la variabilidad entre jueces y se eliminan aquellos ítems en los cuales existen grandes desacuerdos.

5º.- Se selecciona un número pequeño de ítems (entre 20 y 25) con el requisito de que entre ellos exista una dispersión más o menos uniforme a través del continuo de actitud.

6º.- Por último, se le pide al sujeto que marque aquellos ítems con los que está de acuerdo, la puntuación obtenida será la mediana de los valores escalares de todos los ítems marcados.

c) Método Guttman ⁽²⁸⁾: Se basa en el análisis de las pautas de respuesta producidas por los sujetos al responder a una escala de ítems o derivados. La construcción de una escala con esta técnica requiere:

1º.- La formulación de un número pequeño de enunciados que representen diferentes grados de favor/contra respecto al objeto de la actitud.

2º.- Se pregunta a los sujetos si están de acuerdo o no con cada uno de los enunciados y se calcula la frecuencia con la cual ha sido aceptado cada uno de ellos (popularidad).

3º.- Se construye una matriz (escalograma) situando en las columnas los enunciados ordenados en sentido inverso a su popularidad, y en las líneas las configuraciones individuales de respuesta, incluyendo desde las que sólo comportan acuerdos hasta aquellas que sólo comportan desacuerdos.

Así resulta una escala ordinal jerárquica en la que la aceptación de un enunciado infiere el de todos los enunciados de orden inferior.

B) TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS: Se fundamentan en la probable correspondencia entre la naturaleza de la conducta y la naturaleza de la actitud subyacente a la misma. El problema radica en que muchas veces se actúa de un modo imprevisible e inesperado por lo que esta técnica no es muy fiable ni válida ⁽²⁹⁾.

C) MÉTODOS BASADOS EN ESTÍMULOS PARCIALMENTE ESTRUCTURADOS: Con estas técnicas se pretende que los individuos describan o interpreten un estímulo (diapositivas, postal, dibujo, etc), narren una historia o, simplemente, predigan la conducta de uno de los caracteres que se le presentan. (Así se pretende que el sujeto no se ponga a la defensiva al ser consciente de lo que se le está midiendo). Suelen ser menos fiables que las escalas ⁽³⁰⁾.

D) MEDIDAS PSICOFISIOLÓGICAS: Aquí, mediante el aparataje adecuado, podemos conocer de forma directa, inmediata y precisa, los procesos psicofisiológicos que

experimentan los sujetos y de los que normalmente no son conscientes, por ello se utilizan para estudiar las actitudes de los sujetos cuando van a oponerse o van a ser incapaces de expresar sus actitudes con sinceridad.

Las medidas más frecuentemente utilizadas son: - La respuesta galvánica de la piel que nos informa de los cambios producidos por una actitud en el S.N.A. - La dilatación pupilar que nos informa de cuando algo nos interesa o nos implica. - Otros estudios analizan electrofisiológicamente el ritmo cardíaco, la actividad respiratoria o el electromiograma...⁽³¹⁾. El problema radica en que este tipo de medidas no nos indican la dirección de la actitud, amén de la controlabilidad del sujeto de sus respuestas, supuestamente involuntarias, mediante el biofeedback.

2.1.3.- VALOR PREDICTIVO DE LA MEDICIÓN DE ACTITUDES

"La sabiduría consiste no solo en ver lo que tienes ante ti, sino en prever lo que va a venir".

P. TERCICIO (Heautontimoumenos)

El principal propósito de la medición de las actitudes es PREDECIR LA CONDUCTA, en la convicción de que si conocemos la actitud de un sujeto a un objeto, podemos predecir el comportamiento del sujeto ante dicho objeto⁽³²⁾.

Se ha demostrado que las actitudes permiten predecir la conducta perfectamente, siempre y cuando la actitud medida sea congruente con la conducta a predecir y específica más que general⁽³³⁾; aunque las actitudes no son la única causa de la conducta que puede estar determinada por muchos otros factores (de ahí la relativa discrepancia entre lo que se dice y se hace... pues "una cosa es predicar y, otra, dar trigo").

En muchas situaciones las influencias normativas hacen difícil o costoso que se practique lo predicado, por ello expresar una actitud "contranormativa" ("políticamente incorrecta") no es muy predictivo de la conducta real; por el contrario, la ausencia de actitudes contranormativas es fuertemente predictiva de una conducta normativa. Pese a todo la medición de actitudes es una buena predicción de las conductas, dentro de lo razonable⁽³⁴⁾.

2.2.- LA CLONACIÓN

2.2.1.- PREÁMBULO

"... Pero Zeus lo escondió irritado en su corazón por las burlas de que le hizo objeto Prometeo; por ello entonces urdió lamentables inquietudes para los hombres y ocultó el fuego. Mas he aquí que el buen hijo de Jápeto, Prometeo, lo robó al providente Zeus para bien de los hombres en el hueco de una cañaheja a escondidas de Zeus que se goza con el rayo".

HESÍODO (Los Trabajos y Los Días)

A finales del siglo XX, el nuevo milenio que alboreaba nos presagiaba un porvenir cargado de esperanzas ante los nuevos retos de la ciencia y la tecnología; y no era una esperanza ciega, sino que existían buenos y variados argumentos para creerlo: En los últimos cien años se había descubierto la penicilina, habíamos pisado la luna, se había descifrado el lenguaje secreto de la vida escrito en los genes y habían emergido herramientas tan sorprendentes como Internet con lo que la "aldea global" ⁽¹⁾ ha dejado de ser una metáfora. La conciencia de progreso y desarrollo era tal que incluso expandía, frente a los reparos que nos producía la globalización -neoliberal y rabiosamente

neocapitalista-, cierto espíritu de solidaridad y justicia que permitiría paliar los desequilibrios políticos, socioeconómicos, tecnológicos y medioambientales del planeta... entrábamos, con el nuevo milenio, en la "ERA DEL CONOCIMIENTO", y al traspasar esa puerta comenzaríamos a caminar la senda que nos conduciría forzosamente a un mundo mejor y más humano ⁽²⁾.

Sin embargo, aunque el progreso científico-tecnológico ha sido y es palpable, no estamos tan seguros que nos haya conducido hacia un verdadero desarrollo humanístico o, lo que es lo mismo, a un mundo más humanizado; Todo lo contrario, como si hubiéramos atravesado las puertas del infierno la sentencia de Dante retumba en nuestras mentes: "¡ Los que estáis aquí, perded toda esperanzal"; ⁽³⁾ y, en efecto, nuestros sueños de esperanza saltaron por los aires el 11-S de 2001 y reventaron casi del todo el maldito y aún reciente en nuestro corazón 11-M de 2004. La humanidad entera ha sentido y siente un mazazo y una angustia tal que se pregunta ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR AHORA DEL S. XXI?. En lo científico y en lo tecnológico, seguro que más -incluso -que a finales del S. XX, pero ¿irá acompañado este progreso tecnológico de un DESARROLLO INTEGRAL HUMANO?; la duda se cierne sobre nosotros puesto que no siempre el progreso tecnológico se ha traducido en un avance social y humano y, nos tememos que, pese a la nueva era del conocimiento y bajo el signo de Acuario, la humanidad sigue inmersa en sus contradicciones. De hecho, Gerarld Klerman ⁽⁴⁾ demuestra que, a partir de estudios epidemiológicos, hemos dejado la "ERA DE LA ANSIEDAD" del S. XX y hemos entrado en la "ERA DE LA MELANCOLÍA"; así la queja psicológica más común va a ser la DEPRESIÓN, con síntomas de DESESPERANZA.

La prometida era del conocimiento no será tal mientras subsistan el hambre, la dominación Norte-Sur, el fanatismo (que bebe en esas aguas), el tribalismo más rancio y la visceralidad irracional... Pero, a pesar de todo, la ERA DEL CONOCIMIENTO y sus efectos hominizadores y humanizadores siguen siendo un objetivo DESEABLE Y ALCANZABLE al que nos negamos a renunciar; LA CIENCIA, LA EDUCACIÓN y LA CULTURA, de la mano de la DEMOCRACIA pueden y deben llegar a todos los rincones del mundo; los conocimientos científicos -como en la república de los sabios platónica- deben saber resolver los problemas de nuestra época ⁽⁵⁾. A la grupa de todo ello la humanidad podrá pasar y TRASCENDER a una nueva constelación posmoderna, pero este "trascender" exige, según las certeras palabras de Hans Küng ⁽⁶⁾:

"- no sólo ciencia, sino también SABIDURÍA para impedir el mal uso de la investigación científica;

- no sólo tecnología, sino también ENERGÍA ESPIRITUAL para tener bajo control los riesgos imprevisibles de una alta tecnología de extraordinaria eficiencia;

- no sólo industria, sino también ECOLOGÍA que se oponga en la era de la globalización a la economía siempre en expansión;

- no sólo democracia, sino también una ÉTICA que pueda contrarrestar los masivos intereses de poder de las distintas personas y de los distintos grupos involucrados en el poder en un mundo globalizado, una ética global, una ética común a la humanidad, una ética mundial..."

Este es el reto de los nuevos avances genéticos en el tercer milenio (enraizados en un marco histórico con grandes hitos ⁻⁷⁻⁹⁻) si saben temperarse en el crisol de la BIOÉTICA ⁽¹⁰⁻¹¹⁾; y en pro a ello aportamos nuestro humildísimo granito de arena, con esta investigación que pretende hacer una aleación o maridaje fértil entre las Ciencias Biosanitarias y el Humanismo, pues pese a todo, y a todos, las palabras de Galileo siguen teniendo vigencia: "i Eppur si muove i ".

2.2.2.- LA CLONACIÓN COMO TAL

"Había logrado, al precio de una fatiga insoportable, penetrar en los secretos de la generación y de la vida. ¡Qué digo! ¡Mucho más todavía!. Era para mí ya posible dar vida a una materia inerte (...) la vida y la muerte eran para mí fronteras ideales que era preciso franquear (...) una nueva raza me bendeciría como su creador".

M. SHELLEY (Frankenstein. El nuevo Prometeo)

CLONAR significa generar estructuras genéticamente idénticas ⁽¹²⁾ ; la palabra "CLON" es utilizada en muchos contextos diferentes en la investigación biológica, pero en su sentido más simple y estricto se refiere a una copia genética exacta de una molécula, célula, planta, animal o ser humano ⁽¹³⁾ . La raíz etimológica es el término griego "KLON" que quiere decir esqueje. La clonación puede ser: animal, humana, intraespecífica o interespecífica (es decir entre la misma o entre especies distintas -lo que también recibe el nombre de quimera-); y, según sus fines, puede ser reproductiva o no reproductiva ⁽¹⁴⁾ cuando se realiza en el mundo vegetal, en las plantas, se habla de VARIEDADES en vez de

clones ⁽¹⁵⁾ . Algunos invertebrados simples como ciertos gusanos son capaces de regenerar un organismo completo a partir de un pequeño trozo, aunque este no sea su modo habitual de reproducción; sin embargo los vertebrados han perdido totalmente esta capacidad ⁽¹⁶⁾ . Pese a ello, la clonación de vertebrados tiene lugar en la naturaleza, de una manera limitada, con la formación de gemelos idénticos.

A) En virtud de lo anterior -para centrarnos- por clonación nos referiremos en esta sucinta exposición a lo que se entiende por "CLONACIÓN TECNOLÓGICA" o "VERDADERA" (por transferencia de núcleo de una célula diferenciada a un ovocito desnucleado previamente ⁻¹⁷⁻) no haciendo referencia a la clonación molecular (de genes o sus secuencias) que hacen los biólogos moleculares de forma rutinaria para copiar y amplificar fragmentos de ADN para formar una célula huésped, habitualmente una bacteria. (Este proceso ha conducido a la producción de medicamentos importantes como la insulina, el rtPA y la eritropoyetina); ni a la clonación celular, en la que se hacen copias a partir de células obtenidas del cuerpo y efectuando un cultivo en un laboratorio, la composición genética de las células resultantes, denominada LÍNEA CELULAR, es idéntica a la célula originaria (este procedimiento también se utiliza para producir nuevos fármacos pero LAS CÉLULAS CLONADAS NO SON CAPACES de desarrollarse para formar un bebé ⁻¹⁸⁻) ; ni a la gemelación (división artificial de un cigoto o división o bipartición embrionaria, que precisa que se deje que el embrión se desarrolle hasta alcanzar como máximo 8 células para dividirlo después en dos, empleando métodos físico-químicos. Los dos embriones generados son clónicos pues poseen la misma dotación genética); ni a la paraclonación (transferencia de núcleos de células de blastómeros o fetos a óvulos desnucleados o a cigotos de una célula ⁻¹⁹⁻); CLONAR POR TRANSFERENCIA DE NÚCLEOS significa, pues, fecundar un óvulo al que previamente se ha extraído su carga genética (su núcleo celular), con la carga genética, es decir, el núcleo celular de otra célula que puede ser embrionaria o somática, pero que posee todo el genoma del individuo ⁽²⁰⁾ : Como sabemos, el núcleo de las células somáticas es diploide, es decir, contiene dos series de genes, uno de la madre y otro del padre. Las células germen, por el contrario, contienen un núcleo haploide -con solo genes paternos o maternos- . En la clonación por transferencia o TRASPLANTE NUCLEAR se extrae el núcleo de un óvulo y se sustituye por el núcleo diploide de una célula somática obteniéndose un NUCLÓVULO que no es un cigoto, con lo que hay un solo "progenitor" genético, a diferencia de la reproducción sexual, en la que se forma un organismo nuevo cuando se fusionan el material genético del óvulo y del espermatozoide ⁽²¹⁾ . Esto se viene haciendo desde los años 80,

(aunque los primeros experimentos de transferencia de núcleos en mamíferos se realizaron con conejos ⁻²²⁻) obteniéndose ratones clónicos por transferencia de núcleos de células embrionarias no diferenciadas ⁽²³⁻²⁴⁾ - en realidad se utilizó la transferencia de núcleos de los blastómeros de un embrión precoz a oocitos desnucleados, lo que acerca estas investigaciones a la paraclonación-; pero el año 1996 fue clave para depurar la técnica: por un lado, porque se emplearon células embrionarias indiferenciadas mantenidas en cultivo durante varios replicados celulares (lo que hasta entonces no se había logrado) ⁻²⁵⁻ y, por otro, porque las células en cultivo fueron inducidas a un estado quiescente (que se conoce como fase GO -o de parada de ciclo celular-) capaz de facilitar la reprogramación genética del núcleo, es decir, de activar aquellos genes que en una célula diferenciada permanecen silenciados y que son esenciales para el programa de desarrollo de un individuo en sus fases más tempranas ⁽²⁶⁾. Así, aplicando ambas técnicas en células diferenciadas somáticas el grupo de I. Wilmunt, del Roslin Institute de Edimburgo, comunicó en febrero de 1997 ⁽²⁷⁾ el nacimiento de la oveja DOLLY, el primer mamífero superior clónico a partir de una célula somática - diferenciada adulta- (este logro utilizando un donante celular adulto constituyó una prueba aplastante de que la diferenciación y la especialización celular son reversibles lo que significa que el modelo de la expresión celular puede ser reprogramado ⁻²⁸⁻).

En diciembre de 1997, científicos del Instituto Roslin y la empresa PPL Therapeutics crearon ovejas clónicas con un gen humano para que secretaran en la leche una serie de proteínas humanas. Así se aplica la técnica de clonación a animales transgénicos para producir proteínas terapéuticas ⁽²⁹⁾ . El 22 de abril de 1998 el Instituto Roslin presenta el primer vástago de Dolly (Bonnie) gestado de forma natural, lo que demuestra la buena salud del primer mamífero clonado.

Mientras tanto, en 1998 Rynzo Yanagimadri, en la Universidad de Hawai, introducía una mejora a la técnica de clonación de Dolly, mediante la "TÉCNICA DE HONOLULU", dotando de mayor rapidez al proceso de clonación a través de la microinyección en el núcleo de material somático. Pero en enero de 2000 aparecía publicada en Science ⁽³⁰⁾ la obtención del primer mono (TETRA) por un método de clonación distinto: CLONACIÓN POR DISGREGACIÓN (división o bipartición) EMBRIONARIA; con el objetivo de disponer de modelos de animales más parecidos al hombre para luchar contra las enfermedades. Este método de bipartición o disgregación -ya comentado antes- no es muy fiable y no es propiamente una técnica de clonación al no realizarse mediante transferencia de núcleos; de hecho, en primates se han realizado unos 724 intentos de crear embriones clónicos por

transferencia nuclear, sin éxito ⁽³¹⁾ ... todo apunta a que existen barreras naturales a la clonación de un mamífero ⁽³²⁾ pues el inicio y desarrollo del embrión exige un cambio sucesivo del patrón de metilación de citosinas que es sumamente difícil en los organismos complejos o imposible con las técnicas actuales pues en los primates hay una ausencia o escasez de proteínas claves nucleares para el control de la división celular, (proteínas que no faltan en el caso de la transferencia nuclear de ratones, ovejas, etc), sin entrar en el reparto de los cromosomas en la mitosis por formación del huso que las alinea y separa ⁽³³⁾ .

B) Una vez vista -a uña de caballo- QUÉ ES LA CLONACIÓN, pasemos al análisis de los subtipos de clonación: Intraespecífica vs. Interestropecífica, (Animal vs. Humana) y Terapéutica vs. Reproductiva.

CLONACIÓN INTRAESPECÍFICA:

- La investigación sobre clonación en ANIMALES nos proporciona y proporcionará grandes aportaciones en biotecnología, medicina y ciencia básica ⁽³⁴⁾ : Así con FINES REPRODUCTIVOS se pueden mejorar las especies animales incorporándoles cualidades concretas, si es con FINES NO REPRODUCTIVOS, se pueden mejorar nuestros conocimientos en genética y fisiología, se pueden desarrollar modelos animales de patologías humanas, se pueden producir sustancias (p. ej. en la leche) utilizables para tratamientos, etc... Nada de ello plantea serios problemas bioéticos o legales.

- Harina de otro costal es la clonación en HUMANOS, tanto si es con FINES REPRODUCTIVOS como si lo es con FINES TERAPÉUTICOS.

- **CON FINES REPRODUCTIVOS** originando individuos clónicos, idénticos genéticamente -aunque no al 100%-. Esto genera una repulsa casi universal ⁽³⁵⁾, aunque se esgrimen posibles utilidades tales como: a) Tratamiento de la infertilidad, para conseguir descendencia . b) Evitar la transmisión de enfermedades hereditarias ligadas a las mitocondrias que solo tienen las mujeres (como es el caso de ciertas miopatías). c) Crear donantes compatibles para tratar a enfermos, como reservorios de órganos. d) Sustituir a un hijo fallecido... o a nosotros mismos "venciendo a la muerte". e) La duplicación y perpetuación de una persona excepcional por su genio o inteligencia. f) Crear ejércitos a la carta.

[Pero, al margen de consideraciones técnicas, bioéticas y morales, la especulación de que se puede producir un ser humano o varios idénticos a una persona ya existente o que existió es un ABSURDO CIENTÍFICO que refleja la creencia de que los genes de una persona tienen una relación simple con los rasgos físicos y psicológicos que componen a un

individuo, basada en el más rancio DETERMINISMO GENÉTICO, hoy desechado por la ciencia ⁽³⁶⁻³⁷⁾. Aunque los genes desempeñan un papel esencial en nuestras características y nuestra conducta, cada individuo es el resultado de una compleja interacción entre su herencia y el entorno en el que se ha desarrollado, empezando esta interacción en el momento de la fertilización y continuando a lo largo de toda la vida (sería la vieja dialéctica "natura vs. nortura" planteada por Aristóteles y Galton ⁻³⁸⁻ y hoy superada por las posturas INTERACCIONISTAS ⁻³⁹⁻). Como seres biológicos y socioculturales, somos hijos de nuestro entorno biológico, físico, social, político, histórico y psicológico...así se define el ser humano como ENTE BIOPSIKOSOCIAL ⁽⁴⁰⁾. Es imposible que pueda haber nunca otro "uno mismo": Por clonación no podemos repetir a Einstein, ni a Pavarotti, ni a Teresa de Calcuta (no comerían lo mismo, ni serían educados igual, ni tendrían el mismo ambiente, ni el mismo marco familiar, ni los mismos profesores, ni el mismo momento histórico, etc). Hasta los gemelos monocigóticos que crecen juntos, compartiendo genes y en un entorno familiar similar, son distintos, tienen gustos distintos, ideologías y talentos distintos ⁽⁴¹⁾. La gran lección de la moderna genética molecular es la profunda complejidad de las interacciones gen-gen y gen-entorno en la determinación de si se expresa un rasgo o característica específico ⁽⁴²⁾, de modo que la investigación en genética humana está demostrando que cuanto mejor entendemos la función de los genes, menos probable es que seamos capaces alguna vez de producir a voluntad una persona con cualquier rasgo complejo dado ⁽⁴³⁾].

- **CON FINES NO REPRODUCTIVOS** y **eminente TERAPEÚTICOS**, en particular dirigidos a crear NUCLÓVULOS, obtener las CÉLULAS TRONCALES (o "MADRE") del blastocito, orientarlas y cultivarlas para originar células y producir tejidos (bancos de células y tejidos diferenciados) para trasplantes sin riesgo inmunológico y la conocida como "Medicina Regenerativa" de la que luego hablaremos ⁽⁴⁴⁾.

Pero, antes de continuar, tal vez sea conveniente el detenernos un poco en los conceptos de NUCLÓVULO y de CÉLULA MADRE.

A) EL NUCLÓVULO:

La célula creada por clonación no es un cigoto -como ya dijimos- sino que ha sido llamada "NUCLÓVULO" con su estatuto biológico propio y diferente del cigoto; como desarrollamos en la tabla comparativa siguiente ⁽⁴⁵⁾:

ESTATUTO BIOLÓGICO

<u>CIGOTO</u>	<u>NUCLÓVULO</u>
En su creación participa el espermatozoide	No participa
Hay cambios del citoplasma del óvulo y del volumen de los pronúcleos de los gametos.	No los hay. Es un citoplasma extraño
Hubo fertilización y singamia	No las hubo
Por la meiosis tuvieron lugar los intercambios de genes y las mutaciones causantes de la variabilidad de la especie.	Esto no sucede: Hay una invariabilidad del genoma.
Hay determinación del sexo.	Está predeterminado.
La fertilización es un proceso de unas 30-33 horas de duración.	No hay tal proceso.
Hay activación "espontánea" del cigoto para la mitosis (división celular, segmentación).	No hay activación espontánea.
Se crea sexuada o asexualmente (mediante FIVTE).	Se crea en el laboratorio por clonación.
Tiene capacidad embrionaria.	Puede tenerla.
No tiene programación, pues es gradual.	¿La tiene?
Su genoma es el de los padres modificado.	Es distinto.
Los gametos se aportan a si mismos.	¿Qué más se aporta con el núcleo transferido?
Adquirirá con el desarrollo su propia experiencia genética.	Le viene dada.
Siendo sus fines reproductivos, originará un hijo/a.	Con esos fines, nacería un hermano.
En el 1x300 de los partos nacerán gemelos monocigóticos.	Siempre serían gemelos monocigóticos.

B) LAS CÉLULAS TRONCALES O MADRE:

Las células madre, troncales o esteminales, son células INDIFERENCIADAS, no especializadas capaces de reproducirse indefinidamente en el laboratorio y dar lugar a los más de 200 tipos de células que componen un organismo ⁽⁴⁶⁾. El que posean la capacidad de renovarse a sí mismas por división celular durante largos periodos de tiempo y el que, bajo ciertas condiciones, puedan transformarse en diferentes tipos celulares especializados con características morfológicas y funciones específicas hacen de ellas un recurso muy prometedor y útil tanto para la investigación básica como para su aplicación clínica ⁽⁴⁷⁾.

El conjunto de células especializadas que procede de una célula madre original se denomina LINAJE CELULAR. Cabe distinguir al menos 4 tipos de células madre ⁽⁴⁸⁾:

a) UNIPOTENTES: Sólo pueden producir un tipo celular (p. ej. la espermatogenia que sólo genera un tipo de célula diferenciada: el espermatozoide). b) MULTIPOTENTES: Pueden generar un solo tipo de linaje celular (p. ej. las hematopoyéticas de la sangre que producen solo células de la estirpe hematopoyética -gló-bulos rojos y todos los tipos de blancos-). c) PLURIPOTENTES: Pueden generar diferentes tipos de linajes celulares (p. ej. las células embrionarias madre, las células de carcinoma embrionario y las embrionarias germinales). d) TOTIPOTENTE: Es aquella que puede generar todas las células del cuerpo (sólo existe una célula con esta capacidad: el cigoto o embrión unicelular).

De estos 4 tipos, el segundo y el tercero son los que pueden emplearse para obtener diferentes tejidos y, por ello, son los que tienen implicaciones en el proceso de clonación terapéutica ⁽⁴⁹⁾. El debate sobre su uso comenzó hace más de 20 años, cuando se consiguió aislar y mantener en cultivo células madre procedentes de embriones de ratón -células madre embrionarias (CME)-, aunque no fue hasta 1998 cuando Thomson y Gearhart lograron aislar y cultivar células madre de embriones y fetos humanos; el interés suscitado por su potencial para generar células sanas que reemplacen células enfermas ha puesto de actualidad a otro tipo de CM no embrionarias, las denominadas CMA (células madre de adulto), aunque las expectativas de uso terapéutico generadas no siempre se sustentan en una base de conocimientos sólidos y contrastados, siendo -actualmente- más las cuestiones que necesitan ser contestadas que los conocimientos adquiridos ⁽⁵⁰⁾.

En la actualidad, tanto en humanos como en animales, conocemos 3 clases de CM ⁽⁵¹⁾:

a) Las CME que produce el embrión, b) las CGE (células germinales embrionarias) obtenidas del tejido gonadal del feto, y c) las CMA; siendo las dos primeras pluripotentes (CMP -

células madre pluripotentes-) y las CMA multipotentes -aunque se sospeche una capacidad mayor-.

- Las CMP pueden obtenerse a partir de 3 fuentes:
- A partir de CARCINOMAS EMBRIONARIOS: Células de carcinoma embrionario (EC) que son uno de los componentes principales de los tumores testiculares humanos ⁽⁵²⁾.
- A partir de EMBRIONES HUMANOS: Son las ya vistas CME, que derivan de la capa interna celular del embrión pre-implantatorio, de 4-5 días, en un estado de blastocito ⁽⁵³⁾ obtenidas de los embriones sobrantes de FIVTE y cultivadas sobre una capa de células de la piel embrionaria del ratón, lo que es imprescindible para que las futuras CM sigan dividiéndose y permanezcan indiferenciadas (desafortunadamente, existe la posibilidad de que puedan transmitir virus o sustancias nocivas, por lo que se están buscando alternativas a su uso ⁻⁵⁴⁻). El problema radica en que para obtener las CME el EMBRIÓN NECESARIAMENTE MUERE, por lo que se ha abierto el debate BIOÉTICO (sin entrar en el filosófico / moral / religioso).
- A partir de CÉLULAS GERMINALES EMBRIONARIAS: Son las también vistas CGE que derivan de células germinales primordiales del embrión postimplantatorio y pueden obtenerse a partir de tejidos de fetos abortados de 5-9 semanas ⁽⁵⁵⁾.
- Las CMA: Como hemos visto, las CM no son exclusivas de los embriones sino que también se encuentran en algunos tejidos del cuerpo humano adulto (CM hematopoyéticas, neuroblastos precursores de neuronas y de glía o las CM de la capa basal de la epidermis capaces de generar las diferentes células epiteliales, etc) aunque son solo multipotentes. Hasta hace muy poco tiempo se aceptaba que las CM multipotentes adultas solo pueden producir un linaje celular, mientras que las CMP pueden generar varios linajes celulares... pero estudios recientes indican que muchas CMA son capaces de formar una más amplia variedad de tipos celulares que lo que se venía creyendo (los estudios sobre plasticidad indican que las poblaciones de CMA no son entidades inmutables, sino que tras la exposición a un nuevo medio ambiente, pueden ser capaces de poblar otros tejidos y diferenciarse en otros tipos celulares como han demostrado el equipo de Vescovi ⁻⁵⁶⁻ transformando CMA nerviosas de ratón en células sanguíneas, el de Mezey ⁻⁵⁷⁻ consiguiendo que células mesenquimales puedan ser precursoras de células diferenciadas del cerebro, el del Instituto Karolinska de Estocolmo ⁻⁵⁸⁻ consiguiendo que CMA neuronales reimplantadas en el embrión de ratones sean capaces de producir distintos órganos como corazón, músculos,

hígado, pulmón e intestino, los de Theise ⁻⁵⁹⁻ y Alison ⁻⁶⁰⁻ logrando que CMA de la médula ósea de seres humanos generen tejido hepático, o el de Toma ⁻⁶¹⁻ capacitando a CMA epiteliales para generar neuronas, células de glía, células de músculo liso y adipocitos, etc).

Consecuentemente las CMA pueden ser inmensamente útiles para el tratamiento de muchas enfermedades, sin plantear ningún tipo de problema bioético, ni legal, ni filosófico, ni moral, ni religioso ⁽⁶²⁾ pues para su obtención no hay que destruir ningún embrión... aunque también se plantean problemas que dificultan su estudio y aplicación, pues al contrario de las CME que presentan un origen claramente definido, no se conocen el origen exacto de las CMA en los tejidos adultos ⁽⁶³⁾, siendo otro problema su escasez y el que no puedan mantenerse en cultivo indefinidamente sin que pierdan su plasticidad, aunque se ha demostrado que un tipo de CMA -las células precursoras de oligodendrocitos- pueden crecerse indefinidamente en cultivo ⁽⁶⁴⁾.

La producción de CM por procesos de clonación puede, pues, cumplir las expectativas de generar nuevas terapias reparadoras; pero para ello -al margen de los problemas bioéticos y legales- los científicos deben ser capaces de manipular de manera fácil y reproducible las CM para que éstas posean las características necesarias de manera que su diferenciación, trasplante e integración sean exitosos... Por todo ello, las CM a utilizar deben cumplir de manera fehaciente las siguientes características ⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾:

- Proliferar ampliamente y generar cantidades suficientes de tejido.
- Diferenciarse en el/los tipo/s celulares deseados.
- Sobrevivir en el receptor tras el trasplante.
- Integrarse en el tejido circundante.
- Funcionar apropiadamente durante toda la vida del receptor.
- No producir ningún tipo de daño al receptor en ningún momento.

Además, hay que tener en cuenta que las CM pueden producir el rechazo inmune por parte del receptor; esto podría ser evitado si las células que se van a trasplantar expresan los mismos antígenos de histocompatibilidad (Major Histocompatibility Complex) MHC del receptor del trasplante (lo cual sería posible introduciendo los marcadores necesarios por ingeniería genética en las CM, o bien generando CME embrionarias iguales a la persona que recibe el trasplante. Para ello algunos científicos ⁻⁶⁷⁻ han propuesto la creación de bancos de CM obtenidas por clonación terapéutica a partir de núcleos de las CM de la sangre del

cordón umbilical. Así, al nacimiento de cada individuo ya se obtienen cultivos de CM que se conservarían en previsión de su posible uso posterior para autotrasplante del donante).

En virtud de todo ello vemos, con García S et al ⁽⁶⁸⁾ , como quedan aún muchas cuestiones tanto sobre la biología de las CM cuanto acerca de su aplicación clínica -sin entrar, reiteramos, en los aspectos bioéticos- que precisan ser contestadas:

Entre las cuestiones de Ciencia Básica nos podríamos plantear:

- ¿Hay una CM universal, aparte del cigoto, que pueda generar las células de cualquier órgano o tejido?
- ¿Qué controles intrínsecos dirigen a las CM a lo largo de una vía de diferenciación particular y no de otra?
- ¿Cómo influye en tales controles el microambiente donde residen normalmente las CM?
- ¿Permitirá el conocimiento de los mecanismos reguladores de la diferenciación de las células embrionarias conseguir que las CMA hagan lo mismo?
- ¿Cuántas clases de CMA existen y en qué tejidos? ¿Por qué permanecen en un estado indiferenciado cuando todas las células que las rodean se han diferenciado?

En cuanto a la Aplicación Clínica, tanto los investigadores como los pacientes se preguntan:

- ¿Cuánto tiempo pasará antes de que se desarrollen terapias efectivas para enfermedades como la de Parkinson o la diabetes con CM y/o sin ellas?
- ¿Podrán desarrollarse todas las nuevas terapias utilizando sólo CMA?
- ¿Cuántos tipos distintos de CM se necesitarán para generar el mejor tratamiento en el menor tiempo posible?

CLONACIÓN INTERESPECÍFICA

- EN ESPECIES ANIMALES: El 11 de noviembre de 1998 Critser y su equipo comunicaron que habían realizado transferencia de núcleos celulares somáticos de elefante a ovocitos de rana lo que franquea la puerta de la preservación de las especies en vías de extinción; en 1999 una empresa de Montreal anuncia el nacimiento de 3 cebras a cuyos genes de los óvulos se transfirieron genes de araña dando lugar a que en la leche de las hembras se segregara "bioacero" (sustancia que dará lugar a un tejido

extraordinariamente ligero, resistente a las balas y biodegradable); en este marco se ha informado que Navarra está en trámite con una compañía norteamericana para clonar núcleos de células de bucardo (cabra hispánica, extinguida) y desarrollar la gestación en otra especie ⁽⁶⁹⁾. Como vemos la clonación entre animales -"quimeras"- puede aportar indudables beneficios en la alimentación, medicina, industria, recuperación de especies extinguidas, etc. No presenta ninguna objeción legal ni bioética -salvo las posibles de las sociedades protectoras de animales-.

- Pero, como en el caso de la clonación intraespecífica en humanos, la CLONACIÓN INTERESPECÍFICA ENTRE ANIMALES Y HUMANOS cobra una valoración bioética de una dimensión especial pareciendo a la inmensa mayoría de la comunidad científica internacional un proceder **ABSOLUTAMENTE RECHAZABLE** ⁽⁷⁰⁾, aunque el 12 de noviembre de 1998 la Advanced Cell Technology en Massachussets dio a conocer en el New York Times que había realizado clonaciones de núcleos de células somáticas de uno de sus empleados en ovocitos de vaca desnucleados -sin publicar nada al efecto - y el 7 de octubre de 2000, para obtener CM para trasplante, la Biotransplant Incorporated junto a Novartis y Stem Cell Science dieron a conocer que habían realizado clonaciones por transferencia de núcleos de fibroblastos humanos a óvulos de cerda desnucleados... por fortuna NINGUNA OFICINA DE PATENTES les ha permitido registrar el procedimiento ⁽⁷¹⁾.

El problema -que nos recuerda el famoso éxito novelístico y cineástico de La Isla del Dr. Moreau- surge en el EMBRIÓN RESULTANTE: ¿ES HUMANO?... "Casi", pero no del todo puesto que también posee el ADN mitocondrial del óvulo del animal; pero no terminan aquí los problemas sino que generan una verdadera saga (al margen de la repugnancia ética):

- ¿Cuánto tiempo podría vivir un embrión así generado? ⁽⁷²⁾.
- ¿Las nuevas células o tejidos orientados a partir de las CM obtenidas, que se trasplantarían a seres humanos, llevarían consigo la "experiencia animal" de su citoplasma, con su ARN, mitocondrias, etc, peculiares?; ¿Quién se atrevería a realizar o recibir trasplantes de este origen? ⁽⁷³⁾.
- ¿Podría gestarse a término un embrión así generado?; ¿Dónde, en el útero de una mujer o en el de un animal?.
- Y, lo más importante, ¿cuál es el futuro de la especie humana si ésta se híbrida en su línea germinal con otras especies? ⁽⁷⁴⁾.

2.2.3.- ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA CLONACIÓN

"Evite la ambición, aún aquella que, aparentemente inofensiva, se dirige a la ciencia y a la gloria de los descubrimientos ...".

M. SHELLEY (Frankenstein. El nuevo Prometeo)

Según lo expuesto las aplicaciones de las células madre y de la clonación pueden ser revolucionarias, aunque predecir su exacto alcance es imposible si tenemos en cuenta el estado inicial (o "embrionario" si se nos permite el juego de palabras) en que se encuentra su estudio actual. Al día de hoy es imposible predecir qué célula madre (si la derivada del embrión, del feto o del adulto) o qué método de manipulación de las mismas cubrirá mejor las necesidades de la investigación básica y de las aplicaciones clínicas ⁽⁷⁵⁾.

La respuesta exige más investigaciones... pero la realización de las mismas, así como su posible aplicación clínica se encuentra obstaculizada y cuestionada por los PROBLEMAS BIOÉTICOS, POLÍTICOS y RELIGIOSOS -nada desdeñables- que genera la utilización de embriones humanos ⁽⁷⁶⁾, -en-tendiendo por "BIOÉTICA" el tratamiento y debate científico de los problemas que conlleva la aplicación de la ciencia y la tecnología a la vida ⁽⁷⁷⁾ - aunque en ninguno de estos terrenos hay una única postura pues se manejan -como veremos- opciones opinables (tan solo, a título ilustrativo y como se analizará más detenidamente en su momento, la Iglesia Católica se opone radicalmente, sin embargo no son pocos los teólogos morales católicos que lo aceptan en algunos supuestos, entre otros M. Ford, Th. A. Shannon y A. B. Wolter, R.M. McCormick, C. Rager etc ⁻⁷⁸⁻⁸¹⁻).

La propia comunidad científica española está dividida manifestándose muchos científicos de talla internacional a su favor y, no menos, en contra ⁽⁸²⁾ y la misma UNESCO, tras la creación del Comité Internacional de Bioética, se pone a la vanguardia en el debate de la correcta aplicación de las Ciencias Biomédicas en el hombre, siendo uno de los puntales de esta vanguardia el solicitar a todos los científicos y políticos un análisis reposado de los alcances y fines del Proyecto Genoma Humano y la Clonación ⁽⁸³⁻⁸⁴⁾; temas para los que la SIBI recomienda -muy especialmente para la clonación, incluso terapéutica- "reflexión y estudio cuidadoso" como se dijo en la introducción ⁽⁸⁵⁾.

La clonación está promoviendo un gran debate INTELECTUAL y ÉTICO sobre el EMBRIÓN y su ESTATUTO EMBRIOLÓGICO, sobre los que se suman los debates sobre el CONCEPTO DE PERSONA y, en círculos religiosos, sobre EL ALMA; pero la deliberación no ha hecho más que empezar pues, a la postre, se sigue girando en torno a la cuestión del PRINCIPIO DE LA VIDA, como ya se hace desde los tiempos de Aristóteles sin conseguirse - hasta la fecha- un acuerdo satisfactorio ⁽⁸⁶⁾ .

En el marco de esos debates surge otro que tampoco es baladí y que se centra en si el derecho o la libertad de investigación puede o ha de ser cercenado o regulado de alguna forma: En efecto no es políticamente correcto, en Occidente, el plantear una regulación represiva de la investigación, pero no es menos cierto que no toda posibilidad técnica o científica implica un avance humano ⁽⁸⁷⁾ . El propio M. Weber apela a una "ética de la responsabilidad" que valore las previsibles consecuencias de la acción, frente a la simple "ética del éxito", que solo mide los resultados de cualquier intervención biológica, sin considerar ni los medios ni las consecuencias a medio plazo ⁽⁸⁸⁾ ; de este modo, Testart reivindica una ética de la no-investigación y una lógica del no descubrimiento ⁽⁸⁹⁾ .

Pero, por desgracia, frente a la reflexión y al estudio cuidadoso que demandan la SIBI y la AAAS, como vimos en la Introducción, en este momento del discurso emergen, con más frecuencia que la deseable, posicionamientos apriorísticos (que pueden ocultar verdaderos prejuicios a veces), atavismos religiosos o morales y hábitos de pensamiento faltos de autocrítica, ayunos de racionalidad y huérfanos de contraste experimental, en ambos bandos: La diferencia entre quienes conciben al embrión como un medio necesario para obtener beneficios indudables choca frontalmente con quienes lo conciben como una persona (criatura designada para un destino eterno). Los primeros buscan calidad y eficacia -sin dolerles mucho los medios- ; los segundos paralizan todos los futuros bienes terapéuticos antes de causarle cualquier daño al embrión ⁽⁹⁰⁾ ... Así las cosas, el consenso parece imposible ⁽⁹¹⁾ .

Como no podía ser de otra forma, el debate ético sobre el embrión y sobre la clonación también ha alcanzado a los Profesionales Sanitarios (P.S.): Sin ir más lejos, en el periodo transcurrido de 1991 a 1996 en la base de datos Medline ⁽⁹²⁾ aparecían las palabras "ética" y "bioética" 17.285 veces; las palabras "ser/seres humanos" 246.181 veces y la asociación entre las palabras "vida" y los términos "ética" y "bioética" 947 veces; tratándose muy poco el tema de la definición de la "vida humana" y el de la definición de "persona"; de igual modo

la asociación de las palabras "embrión" o "embrionario" con "personalidad" y "persona" apenas fue tratada 30 veces, llegando a 126 veces la asociación entre los términos "embrión humano" y "bioética".(i aún apareciendo referencias a las técnicas de reproducción asistida y FIVTE más de 8000 veces!); curiosamente el término "preembrión" tan solo fue utilizado, en ese periodo, 38 veces, frente a las 18.406 veces que se utilizó la palabra embrión.... Frente a ello, tan solo 3 años después, en 1999, el uso y asociación de los conceptos "clonación" y "bioética", "embrión humano" y "bioética" se había multiplicado por 100 según un estudio llevado a cabo por la Fundación BBVA ⁽⁹³⁾ ; sin embargo el concepto "preembrión" -que inventara la Comisión Warnock del Reino Unido en 1984, como veremos en su momento- apenas seguía y sigue siendo utilizado en la bibliografía científica ⁽⁹⁴⁾ .

Como antes indicábamos, parece ser que al socaire de la clonación han cristalizado dos posturas -antagónicas a veces- en torno al tema: A) Las que están A FAVOR y, B) Las que están EN CONTRA. Veamos -aún de forma sucinta y en síntesis- la quintaesencia de ambas ⁽⁹⁵⁻¹¹⁰⁾ .

A) A FAVOR. Los argumentos y razonamientos -entre otros- que se aportan y defienden pueden ser sistematizados del siguiente modo, recibiendo el nombre de argumentos en base a CONSECUENCIAS DE VALOR POSITIVO O "BENEFICIENTES,":

- Argumento reproductivo: Centrado en combatir la esterilidad. Así la clonación sería una alternativa a las técnicas de reproducción asistida en caso de esterilidad del varón o en ausencia de éste.
- Argumento eugenésico: La clonación evitaría el riesgo de una enfermedad hereditaria contenido en el albur de la recombinación sexual.

(En ambos casos se trataría de clonación reproductiva).

- Argumentos centrados en la libertad de elección, articulados en:
 - La elección del sexo del hijo por venir.
 - La elección del genoma del futuro hijo con unas características físicas y/o intelectuales específicas.
 - La posibilidad de clonar a alguien con un significado especial, como un hijo que hubiera muerto o -a nivel social- la posibilidad de duplicar individuos con cualidades ejemplares.

- Argumentos Científicos-Técnicos; centrados, a su vez en:
 - La libertad en investigación, soporte irrenunciable de la libertad científica. En este escenario la ciencia y el progreso científico no deben someterse al juicio ético pues se justifican a sí mismos y están más allá de la ética. Bajo este prisma, la clonación no es moral o inmoral pues se trata tan solo del ejercicio de un derecho a la libertad de la Ciencia (a veces consagrado -como en España- en las Constituciones).
 - El avance y los bienes que todo ello traería a la humanidad (por ejemplo, al abrir campos de conocimiento de la conducta humana hasta ahora desconocidos como es el del alcance de la libertad humana en relación a la herencia biológica).
- Argumentos económicos: La clonación constituiría una indudable fuente de riqueza.
- Argumentos sanitarios y de beneficio humanitario: Se obtendrían, a partir de los embriones clonados, células totipotentes de claras aplicaciones terapéuticas en enfermedades hoy por hoy irreversibles, produciéndose así un gran beneficio a la humanidad. En este tema argumental también se incardinaría la posibilidad de hacer gemelos posteriores para obtener de ellos órganos y tejidos necesarios para trasplantes.

B) EN CONTRA. De igual modo, los argumentos en contra pueden ser sistematizados de la siguiente manera (recibiendo el nombre de argumentos en base a CONSECUENCIAS DE VALOR NEGATIVO O "MALEFICIENTES"):

- No se puede utilizar y, menos, destruir al embrión humano pues constituye un SER HUMANO desde el principio (fecundación), aunque se produzca un proceso gradual en la denominada "cascada de la fecundación" ⁽¹¹¹⁾, con dignidad humana.
- El embrión humano no puede ser un mero medio para un fin, por loable que sea.
- Es de prever un alto coste en vidas embrionarias durante décadas hasta que se alcance tecnológicamente un proceso de clonación "limpio".
- La técnicas de clonación -en virtud de la manipulación genética- podrían provocar un incremento de anomalías genéticas y de seres defectuosos, amén del incremento de la incidencia del cáncer; sin entrar en los daños psicológicos de los nuevos seres clónicos.
- La clonación reproductiva llevaría, a largo plazo, a la ruptura del fenómeno de la diversidad genética (garantía, fruto de la evolución, que salvaguarda las especies) interfiriendo la línea genómica humana.

- La clonación ataca a la dignidad humana, reduciéndola en un proceso de veterinización, por lo que disminuiría el respeto a la vida humana.
- Tras la clonación amenaza la sombra de la eugenesia y de intervenciones arbitrarias y espurias sobre la vida humana naciente (a veces basadas en meros intereses financieros).
- Un planteamiento personalista de la ética es incompatible con la clonación pues no se le puede negar la condición de persona al embrión.
- Los mismos resultados positivos se pueden conseguir con células madre de adultos, por lo que no es necesario recurrir a destruir embriones; además con las células madre de adultos (CMA) tenemos las ventajas de que no plantean ningún problema de rechazo inmunológico y no proliferan produciendo tumores.
- Algunos autores -incluso- ven una trampa en la separación entre "clonación terapéutica" (no reproductiva) y "clonación reproductiva" al indicar que una sería la puerta de la otra, vaticinando unos PASOS que se caminarán indefectiblemente si se permite la terapéutica. Así, primero sería la clonación terapéutica, luego la reproductiva, después la reparativa, luego la de excelencia y, finalmente, la libre ⁽¹¹²⁾.
- Por último, no son pocos los que aluden a declaraciones internacionales y a diversos códigos (código de Núremberg, Declaración de Helsinki, etc) que se oponen internacionalmente a cualquier tipo de clonación. Uno de los más esgrimidos, últimamente, es la conocida como "Declaración de Mónaco", fruto del coloquio Internacional sobre Bioética y Derechos del niño celebrado en Mónaco en abril de 2000, que -entre otras cosas- destaca los "valores esenciales del respeto de la vida y la dignidad del ser embrión"; de igual modo el Parlamento Europeo, tras autorizar al gobierno Británico el 11/09/2004 la clonación de embriones humanos con fines terapéuticos, ha solicitado (como también lo hizo en 2003) a la ONU que prohíba universalmente clonar seres humanos "en cualquier fase de su formación y desarrollo" pues "la creación de embriones humanos con fines de investigación terapéutico plantea un profundo problema"; curiosamente, en la votación, esta vez fue decisiva la posición de los grupos ecologistas que votaron a favor de la solicitud ⁽¹¹³⁾; tal propuesta fue aceptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 08/03/2005 aprobando una declaración que insta a los gobiernos a adoptar medidas para prohibir todas las formas de clonación, utilizando embriones humanos aún con fines terapéuticos (48 países aprobaron la moción, 34 votaron en contra y 37 se abstuvieron).

Pero la piedra angular es, sin duda, el DEBATE SOBRE EL EMBRIÓN que se articula en tres apartados: 1) EL COMIENZO/INICIO DE LA VIDA HUMANA. 2) EMBRIÓN VS. PREEMBRIÓN, y 3) ¿ES UNA PERSONA EL EMBRIÓN HUMANO?

reclamándose lo que ha venido en llamarse **EL ESTATUTO DEL EMBRIÓN** ⁽¹¹⁴⁻¹²²⁾. Veámoslo:

1) **EL COMIENZO DE LA VIDA HUMANA**

En el pensamiento occidental la historia de las ideas sobre el comienzo de la vida humana se remonta a la antigua Grecia. Sigamos la evolución de las teorías al respecto de la mano del Prof. A. Pardo ⁽¹²³⁾:

a) Primeros esbozos en Grecia: Las figuras cumbres fueron Platón y Aristóteles, pero para Platón el hombre sería una realidad exclusivamente espiritual, que cae en una materia, el problema del momento de entrada en el cuerpo ("animación" que dirían después los cristianos) no es objeto de su estudio filosófico. Por el contrario, Aristóteles no puede aceptar esta Antropología espiritualista; así pues, como buen estudiante de la naturaleza y de la biología, ve como el cuerpo humano no es un mero aditamento del hombre, sino algo constitutivo. Sin embargo constata que el hombre tiene unas capacidades que ningún animal posee: El pensamiento abstracto y la posibilidad de decidir, capacidades que, -como expone en su tratado "sobre el alma"- no pueden derivarse de ninguna capacidad corpórea u orgánica... Por lo tanto en el hombre debe haber algo más, un espíritu o "nous", pero que no es una realidad extraña al cuerpo humano, por tanto el hombre comienza cuando existe un cuerpo organizado que podemos llamar humano, cosa que él determinaba por su aspecto externo. (La observación de fetos abortados le lleva a afirmar que ese cuerpo organizado típicamente humano se da a los 40 días en el varón y a los 80 en la mujer).

b) Derivaciones cristianas:

- Neoplatonismo y Cristianismo: La filosofía aristotélica sufrió un paréntesis de dos siglos dado que Aristóteles cayó en desgracia en Atenas y sus discípulos ocultaron sus apuntes para que no fueran destruidos; así, cuando se editó en el S. I a. C, la filosofía platónica se había desarrollado notablemente; pero, en este periodo, los platónicos habían introducido correcciones importantes, surgiendo así el neoplatonismo. En concreto reconocieron que el alma humana no es algo extraño al cuerpo, su origen debía remitirse, pues, al origen del cuerpo humano como cuerpo organizado. Sin embargo, el neoplatonismo no se preocupó del momento concreto de dicha unión.

Esta concepción es la que impera en los primeros siglos del cristianismo. Pero el cristianismo tiene un hecho, la ENCARNACIÓN del Verbo, que da una impronta esencial al tema: El dato es que la Encarnación, o sea la aparición de Jesús Hombre en este mundo, se sitúa 9 meses exactos antes de la Navidad. El corolario es bien simple: La animación sucede en el mismo instante en que hay cuerpo humano, tenga éste el aspecto que tenga (cuando algún autor antes del S. IV plantea la cuestión de la animación retardada, basándose en Aristóteles, es rechazado por los mejores filósofos cristianos, con S. Agustín a la cabeza).

- Un pasaje ¿apócrifo? de las Escrituras: La animación retardada: Pero dentro del propio cristianismo se rompe esta idea, dado que un pasaje del Antiguo Testamento, Éxodo 21,22, (en su traducción de los LXX, y no en la versión hebrea, añadido -pues- de los traductores griegos siguiendo, posiblemente, lo legislado en el Código de Hamurabi y en la tradición babilónica ⁻¹²⁴⁻¹²⁶⁻) establece penas distintas para quien cause una lesión a una mujer embarazada y provoque un aborto si el feto está formado o está informe. La popularización de esta traducción, vertida posteriormente al latín en la Vulgata, junto al decaimiento de la filosofía en los albores del Medioevo hace que se empiece a aceptar la tesis de la animación retardada. Así, a raíz de lo que hoy denominamos fecundación, empezaría su vida un nuevo cuerpo que se iría formando progresivamente: Solo cuando tuviera un aspecto plenamente humano accedería a él un alma espiritual.

- La pena canónica al aborto y la filosofía medieval: A tenor de ese pasaje bíblico, las sentencias de penas canónicas que imponía la Iglesia al pecado de aborto se diferenciaron según el feto estuviera formado o fuese todavía informe. El enorme desarrollo y florecimiento de la filosofía en los siglos XII y XIII afrontó esta diferencia de penas y elaboró una explicación doble: una basada en Platón, a través de S. Agustín y, otra, que retorna al aristotelismo: La filosofía agustiniana admitía varias almas simultáneamente en un ser vivo, así el hombre -a lo largo de su desarrollo- tenía en primer lugar solo un alma vegetal o vegetativa, posteriormente se le añadía un alma animal o sensitiva y, por último, un alma espiritual que permitía decir que ese ser orgánico era hombre (o persona, como más adelante veremos). El corpus aristotélico, recuperado por el de Aquino, no acepta esta explicación: El alma es el acto de un cuerpo orgánico que, como ser vivo, es una unidad, luego solo puede haber un alma. Así acepta la hipótesis de la animación retardada del Estagirita: el cuerpo humano se forma poco a poco y cuando es típicamente humano, el alma es humana y espiritual... el alma se desarrolla con el cuerpo, pero es espíritu creado directamente por Dios.

c) La Ilustración: separación de materia y espíritu:

El S. XVII supone el origen de un nuevo modo de entender el mundo, explicándose por un lado las cosas materiales a partir de datos empíricos exclusivamente (mecanicismo) y, por otro, explicando el mundo de las ideas mediante un intento de deducción lógica total y omnicomprehensiva (racionalismo). El máximo exponente de este modo de pensar es Descartes con su famoso dualismo articulado entre la "res extensa" y la "res cogitans". Pero deja sin resolver el problema de conexión entre ambas, entre espíritu y materia (Descartes decía que se unían en la glándula pineal)... El problema es de tal calibre que pasa a un segundo plano la determinación del cuándo llega el espíritu al cuerpo.

d) Las Tesis contemporáneas:

En la actualidad, como no podía ser de otra forma, se introducen novedades en este panorama, sobre todo de la mano del desarrollo de la biología, la genética y la embriología.

Así se evidencia, como observó Aristóteles, que el embrión humano pasa por fases morfológicas en las que es muy parecido a otros seres inferiores, instaurándose el PARADIGMA EPIGENÉTICO, en virtud del cual "la ontogenia es una recopilación de la filogenia" donde se apoya la denominada "Ley fundamental biogenética" ⁽¹²⁷⁻¹²⁸⁾, con lo cual se apoya también a la tesis de la animación retardada; pero, simultáneamente, se descubre que existen mecanismos moleculares, bioquímicos y genéticos que permiten establecer diferencias entre seres morfológicamente muy parecidos. En este marco, si el cuerpo humano es típicamente humano ya en los primeros momentos -por su impronta genética- aunque morfológicamente no parezca ser todavía humano es un cuerpo humano viviente al que le corresponde un acto o alma propia de su especie (alma humana que, por definición, es espíritu).

En el campo eclesial cambia también la praxis canónica; el aborto queda como una de las pocas causas de excomunión "Latae Sententiae", pero sin distinguirse ya si el feto está o no formado. ¡Curiosamente la Iglesia no se ha querido pronunciar doctrinalmente sobre la tesis de la animación retardada, que sería -pues- doctrinalmente también legítima!... El debate sigue estando vigente, aunque ya no en términos "teológicos" (aparición del alma o animación) sino en términos embriológicos (embrión vs. preembrión) y filosófico-antropológicos (¿cuándo se es persona?) ⁽¹²⁹⁾.

.....Aunque ya en su origen el debate fue tanto biológico como filosófico; y es que el problema que plantea la generación de los seres vivos, en general, y la del ser humano, en

particular, es que las propiedades a partir de las cuales afirmamos la existencia de un ser vivo individual -con dignidad humana⁽¹³⁰⁻¹³²⁾ - van surgiendo sucesivamente en el curso del desarrollo y de modo lento y progresivo (algo semejante ocurre en lo que se refiere a la pérdida de funciones al aproximarse a la muerte). La dificultad -entre otras cosas- deriva del hecho de que tanto el surgimiento de la vida como su término se producen en el interior de una serie de procesos⁽¹³³⁻¹³⁴⁾.

2) **EMBRIÓN VS. PREEMBRIÓN**

La controversia pivota sobre si el embrión constituye o no un ser humano desde el principio: Para unos ya el cigoto es un ser humano al que debe atribuírsele la dignidad humana y, como tal, sujeto de derechos, no puede ser jamás un medio para un fin⁽¹³⁵⁻¹³⁶⁾; para otros el embrión en sus primeros días (normalmente de menos de 14 días) no es aún un ser humano y, por ende, no es sujeto de derechos, pudiendo ser -incluso- destruido⁽¹³⁷⁾.

La disputa no es baladí y a nadie se le escapa la trascendencia jurídica, moral y política de una u otra opción; pero se trata de un viejo tema que ya se planteó en los debates sobre el aborto y sobre la FIVTE, reclamándose desde diversos sectores lo que viene denominándose EL ESTATUTO DEL EMBRIÓN⁽¹³⁸⁾ -como veíamos al principio de este apartado- que según M. Cuyas⁽¹³⁹⁾ significa "el conjunto de derechos y obligaciones a que da lugar su relación con el mundo que le rodea"; pero respecto a si el embrión puede ser considerado o no un ser humano, diferentes disciplinas aportan sus puntos de vista⁽¹⁴⁰⁾ destacando las perspectivas ONTOLÓGICA, PSICOLÓGICA o PSICOLOGICISTA y JURÍDICA.

- En la perspectiva ONTOLÓGICA destacan tres interpretaciones: Genómica, Estructural y Nidatoria: La interpretación GENÓMICA considera que ya la primera célula del nuevo ser (cigoto) tiene en la configuración genética su naturaleza humana, está dotada de las características propias que la distinguen de los demás y gracias al desarrollo (crecimiento y diferenciación) irá actualizando las potencialidades del ser personal. La interpretación ESTRUCTURAL considera insuficiente el contenido genético característico de la especie humana y la individualidad propia del cigoto para reconocer en él la dignidad del ser humano. El cigoto necesita aún incorporar a su información genética nuevos materiales que cambian cualitativamente sus estructuras, siendo aquí la interacción con el sistema biológico informativo de la madre muy determinante. Según esta interpretación, hasta el fin de la 8ª semana no alcanza el embrión la complejidad estructural y funcional

para ser considerado un ser humano. La tendencia NIDATORIA considera que el embrión no puede ser identificado como un ser humano hasta que no termine el proceso nidatorio, lo cual suele suceder hacia el día 14.

- En la perspectiva PSICOLÓGICA se considera que un ser humano es un sujeto libre, que juzga bien por sí mismo y reconoce la misma prerrogativa en los demás: Su dignidad estriba en querer ser autónomo. En esta perspectiva se accede progresivamente a ser persona, mediante un proceso de humanización y se va dejando de serlo con la pérdida de las facultades mentales.... (llevada a un extremo, ni el recién nacido ni el demente senil serían seres humanos) ⁽¹⁴¹⁾ ... aunque en el seno de esta misma perspectiva -aún admitiendo la evolución dinámica- hay opciones contrapuestas ⁽¹⁴²⁾ .

- Desde la perspectiva JURÍDICA se pretende, desde el derecho, dar soluciones prácticas a los problemas planteados en torno al estatuto del embrión ⁽¹⁴³⁾, no tanto abundando en el espinoso tema de definir los derechos del embrión si no arancelando la responsabilidad colectiva respecto a él. Veamos todo esto con cierto detenimiento:

El colectivo que se opone a cualquier tipo de clonación se ampara en la interpretación genómica y para ellos el embrión es un ser humano desde el principio.

Las principales objeciones vienen: a) de la ya vista "ley fundamental biogenética"; b) del conocido como "problema de la individuación" y, c) del "criterio psicologista de la maduración del S.N" ⁽¹⁴⁴⁾.

a) Según la Ley Fundamental Biogenética, el embrión no es un individuo humano desde el principio sino que solo lo será a lo largo de su desarrollo. Sin embargo el paradigma de Haeckel -contraatacan- se fundamentó en una falsificación consciente como expuso y demostró Wilhelm His ya en 1874 a lo que hay que sumarle el que hoy se conoce una serie de procesos en el desarrollo embrionario que la contradicen abiertamente, por lo que se vuelve a insistir en que el embrión humano es, en su potencialidad, siempre ya un hombre teniendo el cigoto todos los genes del nuevo ser (su genoma) que se mantendrán invariables hasta su muerte.

b) El problema de la individuación: se presenta como objeción al carácter individual (imprescindible para su catalogación como ser humano) del embrión el que en los primeros momentos de su desarrollo -blastocito- puede natural o artificialmente dividirse y dar origen a dos o más individuos (gemelación) ⁽¹⁴⁵⁾; por lo tanto hasta que aparece la primera diferenciación celular -más o menos hacia el quinto o sexto día- el embrión es solo un

conglomerado amorfo de células-madre humanas y no un individuo (que por definición es algo "indiviso"). Pero se contraargumenta que la gemelación no significa que la primera célula embrionaria no sea ya un individuo de la especie humana, solo significa que un individuo da origen a otro por un proceso de reproducción agámica, siendo la primera célula -pues- un individuo....Más aún, indican, la evidencia biológica no apoya tampoco la afirmación de que el blastocito sea una mera masa de células indistinguibles pues se da el proceso de COMPACTACIÓN definido por H. Vögler ⁽¹⁴⁶⁾ como "la fase de reorganización de cada una de las células y de interacción entre las mismas", que lleva a las células a aplanarse y a aumentar así las áreas de contacto y de intercomunicación. Luego, a través de un proceso de POLARIZACIÓN se hacen netamente distinguibles dos tipos de células: las células polares, con núcleo en área basal, y las apolares, cuyo fenotipo es distinto. Se establece así en la mórula -entre el tercero y cuarto ciclo celular- la primera evidente heterogeneidad morfológica embrional que, entre el cuarto y quinto ciclo celular (al 3º ó 4º día de la fecundación), se manifiesta con el inicio de dos líneas celulares: la línea embrioblástica de las células apolares y la línea trofoblástica de las células polares ⁽¹⁴⁷⁻¹⁴⁸⁾. Además, hacia el 6º-7º día de la fecundación, precedido por la activación de la pared uterina causada por una compleja interacción entre embrión y madre ⁽¹⁴⁹⁻¹⁵²⁾, el embrión penetra en el estrato epitelial y se implanta.... Así se concluye "efectivamente, el embrión, el niño de un año o de ocho, el joven de 20 y el anciano de 90 años son cúmulos de células; unos de más y otros de menos células, pero todos ellos pertenecen a la especie humana y son individuos de la especie humana, lejos de ser conjuntos amorfos de células, son conjuntos de células perfectamente organizadas y coordinadas como también lo es el embrión" ⁽¹⁵³⁾.

c) Criterio de la maduración del S.N: Las definiciones de ser humano hablan de una naturaleza dotada de razón ("animal racional"), con capacidad de diálogo y de libre elección voluntaria. Todo ello exige un especial desarrollo encefálico y un SN en funcionamiento ⁽¹⁵⁴⁾; así se pretende correlacionar y supeditar el ser personal del hombre a su desarrollo cerebral, (al igual que se establece para el final de la vida humana el criterio claro y universal de la muerte cerebral, también habría que situar el comienzo de la vida humana al inicio de la vida cerebral, establecida por la aparición de las corrientes cerebrales como signo de la actividad neuronal).

Embriológicamente, los primeros rasgos del SN no aparecen antes del día 16 de desarrollo embrionario (especificación del cuadro neurológico)... Pero se contraataca argumentando que no existe simetría entre el "NO MÁS" de la muerte cerebral y el

"TODAVÍA NO" de la vida cerebral: La muerte cerebral es incontestable, mientras que la vida cerebral llega con seguridad sólo con que se deje crecer al embrión; por otro lado la maduración del S.N es un proceso progresivo y vital que no concluye ni mucho menos con el nacimiento luego, ¿tampoco es un ser humano un bebé?

EL CONCEPTO DE PREEMBRIÓN

Basados eminentemente en la interpretación NIDATORIA, algunos autores han introducido en el debate el término "PREEMBRIÓN" ⁽¹⁵⁵⁾: Recordemos que se estima que son de 6 a 7 días los que permanece el embrión sin implantarse en el útero materno, produciéndose pues la implantación o ANIDACIÓN siete días al menos después de la fecundación, iniciándose así un proceso que culminará a los 14 días después de haber sido fecundado el óvulo... Pues bien, ya se venía manejando el argumento en varios sectores de la comunidad científica de que un embrión si no ha finalizado su implantación no es viable por lo que no sería recipiendario de derechos al no poder ser considerado un ser humano (frente a ello otro sector -no menos numeroso- argumenta que el útero de la mujer no puede ser el factor que determine el rol fenomenológico, biológico y existencial del embrión, pues la vida existe en el embrión desde el momento en que las células gaméticas lo formaron, el útero solo aporta el entorno necesario para que se desarrolle ⁻¹⁵⁶⁻¹⁵⁹⁻ al igual que un adulto precisa un entorno adecuado -p. ej. con oxígeno- para vivir y sin él muere, y no por ello no es un ser humano).

En este marco, el COMITÉ WARNOCK, nombrado por el gobierno inglés con el propósito de estudiar todos los aspectos de la embriología humana con vistas a un proyecto de ley, en la Relación Final, publicada en 1984, propuso la legitimación de la experimentación sobre los embriones humanos de los primeros 14 días posteriores a la fecundación y antes de que la implantación se hubiera completado; textualmente afirmó "la investigación se puede realizar sobre cualquier embrión que sea fruto de la fecundación in vitro, independientemente de su procedencia, hasta el decimocuarto día posterior a la fecundación" ⁽¹⁶⁰⁾. Esta propuesta alcanzó el estatus de ley en 1990, tras una amplísima discusión en las Cámaras británicas. En el ínterin A. Mc Laren ⁽¹⁶¹⁾, afamada embrióloga, introdujo el término "pre-embrión" para designar al embrión en el periodo de desarrollo que va desde el cigoto hasta el decimoquinto día postfecundación ⁽¹⁶²⁻¹⁶³⁾. Obviamente el mensaje es que el pre-embrión es un conjunto de células que aún no es un embrión y, por ende, aún no es un individuo humano: Así se abría el camino para investigaciones

experimentales hasta ahora prohibidas en embriones humanos (no en pre-embryones) ⁽¹⁶⁴⁻¹⁶⁵⁾. El propio D. Davies, miembro del Comité -como la propia Mc Laren- dijo que se estaba "manipulando las palabras para polarizar una discusión ética" ⁽¹⁶⁶⁾; y, posteriormente, la propia A. Mc Laren reconoció que obró así por influjo de presiones ajenas a la comunidad científica... En suma, según muchos, se acuñó de esta guisa un nuevo término para edulcorar la realidad, mediante un hábil truco lingüístico ⁽¹⁶⁷⁾; así el concepto "pre-embrión" se ha convertido en un "calmante de conciencias" ⁽¹⁶⁸⁾ convirtiendo al embrión en sus primeras fases de desarrollo en mero material biológico....

De hecho, en ningún manual de embriología se encuentra el término "preembrión" pues preembrión es lo que existe antes del embrión, esto es, los gametos masculinos y femeninos que al fundirse generan el cigoto o embrión unicelular ⁽¹⁶⁹⁾; de hecho, muchísimos científicos entienden que el prefijo "pre" no puede darse nunca al embrión, pues "el conjunto celular derivado del desarrollo embrionario de un cigoto -sea cual sea la forma en que se ha formado- no es un pre-embrión sino un embrión PREIMPLANTATORIO -esto es, en fase previa al inicio de la implantación en el útero materno- así, la única realidad PREEMBRIONARIA es el cigoto en constitución (aún no constituido en tal) durante la fecundación (...). Sólo estos PRECIGOTOS -tampoco los gametos sin fusionar- son realidades PREEMBRIÓNICAS" ⁽¹⁷⁰⁾.

En síntesis, pues, frente a los que argumentan lo razonable del concepto de pre-embrión y abogan por la posibilidad de experimentación con ellos, se manifiestan los que defienden que el embrión humano dispone de un genoma completamente humano y específicamente individual desde la fecundación, poseyendo desde el principio la potencialidad activa para convertirse en un ser personal siempre que no se le alteren las condiciones necesarias para su desarrollo (lo cual no finaliza con el nacimiento, sino que se extiende a lo largo de toda la vida. De hecho el hombre necesita un marco adecuado para su completo desenvolvimiento). Esto para las ciencias biomédicas, significa -según ellos- que el cigoto debe ser considerado como cualquier otro ser humano o de un paciente se tratare ⁽¹⁷¹⁻¹⁷²⁾; lo contrario supondría una "veterinización" del embrión preimplantatorio tras el gambito semántico acaecido ⁽¹⁷³⁾.

3.- **¿ES UNA PERSONA EL EMBRIÓN HUMANO?**

El tercer subapartado en que se articula el debate tiene ribetes más filosófico-antropológicos y gira en torno a si el embrión es o no una persona ⁽¹⁷⁴⁾. La concepción

adecuada de la realidad de la PERSONA HUMANA constituye precisamente la base cultural de la vida civilizada (y, por ende, de la Bioética ⁻¹⁷⁵⁻) que se sustenta en la aceptación de que el individuo humano, el sujeto, LA PERSONA, permanece invariante por encima de las diferencias de edad, apariencia, sexo, raza, cultura o posición social ⁽¹⁷⁶⁾; descartándose así toda base racional para poder discriminar entre seres humanos en cuanto tales: Todos somos iguales en tanto en cuanto tenemos una naturaleza fundamental y específica idéntica (el ser personas humanas) que nos hace a todos iguales en dignidad y derechos ⁽¹⁷⁷⁾ (lo cual ya era admitido antes del pensamiento cristiano y fue divulgado por Antífonte de Atenas -s. V a C- que, según nos cuenta Platón en "Protágoras", mantenía que "por naturaleza todos hemos sido creados iguales, así bárbaros como helenos"; y, según el mismo Platón, también por Hippias de Elide); el mismo Cicerón nos dejó dicho en "De legibus" que "nada hay tan semejante a otra cosa como un hombre a otro, de modo que cualquier definición del hombre vale para otro" y, en la misma línea, Séneca sostenía "el alma recta, buena grande, que es Dios mismo hospedado en un cuerpo humano, puede encontrarse tanto en un caballero romano como en un liberto, como en un esclavo". En este marco de la tradición occidental -incluso precristiana- la "Declaración Universal de los Derechos del Hombre" ⁽¹⁷⁸⁾ establece en su art. 1 que "todos (los hombres) nacen libres o iguales en dignidad y derechos" y, en su art. 3 que "todo (hombre) tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad como persona"... Ser persona, pues, implica una inviolable dignidad y unos inalienables derechos en cada individuo.

Pero ¿qué se entiende por PERSONA?, y ¿quién puede ser considerado como tal?... esta es la cuestión. Veamos pues la evolución etimológica y conceptual del término:

La palabra PERSONA deriva del griego "prosopou" que era el rostro o máscara que se ponían los actores de teatro para salir a escena. La noción de persona tiene su origen en la teología trinitaria del cristianismo primitivo ⁽¹⁷⁹⁾: En la Trinidad había que distinguir entre la concepción global del ser divino y los tres sujetos existentes en el ser de Dios, que fueron denominados "personas" -desde S. Agustín ⁽¹⁸⁰⁾- y diferenciados entre sí por la singularidad de sus relaciones mutuas (de ahí que no sea un pleonismo o redundancia -como algunos creen- el decir "persona humana" pues las de la Trinidad no son humanas y las jurídicas -p. ej- tampoco). El debate cristológico de la relación entre la naturaleza divina y la persona individual del sujeto concluyó con la famosa definición de BOECIO ⁽¹⁸¹⁾ en el siglo VI "persona es la sustancia individual de naturaleza racional" ("persona est naturae

rationabilis individua substantia"), según la cual la noción de persona únicamente puede aplicarse al ser humano dotado de razón y, naturalmente, a Dios.

El Doctor Angélico ⁽¹⁸²⁾ indica que la persona se caracteriza como un ser que existe por sí mismo por lo que excede en dignidad a todos los seres no personales: Persona implica dominio sobre los propios actos, en especial sobre el conocimiento y la volición, es libre y su libertad se enraíza en su razón teniendo como cualidad esencial la autoconsciencia o reflexión. Para el de Aquino, pues, persona es "todo subsistema individual en naturaleza racional" ("subsistens distinctum in rationali natura"): ser persona significa así ser individuo concreto y real, con una individualidad diferente.

Aunque la persona constituye una unidad autónoma necesita de otras personas para existir -interpersonalidad-, así para E. Kant (otro hito en el estudio de la persona) persona significa libertad (capacidad de autonomía y autodeterminación) siendo un fin en sí misma, un fin absoluto... de ahí su imperativo categórico: "Actúa de tal modo que trates en todo momento a la humanidad -tanto en tu persona como en las de los demás- como un fin, nunca sólo como un medio" ⁻¹⁸³⁻).

Creemos que el concepto está claro, pero ello no disipa la cuestión, que se centra en si el embrión es persona o no ⁽¹⁸⁴⁾: Hay quienes desde un punto de vista fenomenológico sostienen que el embrión humano exige trato de persona, pues los conceptos "hombre" y "persona" son inseparables ⁽¹⁸⁵⁻¹⁸⁹⁾ y al ser el embrión humano el primer tramo de la existencia del hombre que transcurre sin discontinuidad, el embrión participa de la misma esencia de hombre, siendo un ser vivo humano desde la fecundación y pleno sujeto de derechos y de protección legal ⁽¹⁹⁰⁻¹⁹¹⁾. Sin embargo se plantea la objeción de que el concepto de persona no se puede aplicar a un embrión en el estadio en el que aún es posible un embarazo múltiple, pues si se acepta que el concepto de persona solo puede ser aplicado a un individuo ontológico que es indivisible, entonces el término persona sólo puede ser aplicado al embrión si constituye un ser humano individual -lo que se consigue al final de la implantación- ⁽¹⁹²⁾ siendo hasta entonces una etapa "pre-personal" de la vida humana, un individuo humano solo en potencia lo cual -como vimos- es aceptado incluso por no pocos teólogos católicos. Otros ponen el énfasis en las cualidades esenciales de autoconsciencia y racionalidad que se predicán de la persona... bajo esta perspectiva los embriones -en cualquier fase- no son personas, pero tampoco lo serían los niños hasta cierta edad, los deficientes mentales, los dementes, etc... ⁽¹⁹³⁾ entendiéndose que el concepto de persona y

los derechos y la dignidad a él atribuidos van ligados indefectiblemente a la racionalidad, a la consciencia y a la autonomía de la voluntad; en esta línea son paradigmáticas las tesis de Parfit, Singer, Dworkin o Engelhardt ⁽¹⁹⁴⁾: Parfit niega taxativamente los derechos de la persona a los seres no racionales o no autónomos de la especie *Homo Sapiens*, como los embriones, los fetos, niños pequeños, deficientes, personas en coma o descerebrados ⁽¹⁹⁵⁾; Singer afirma: "No hay razón para matar a chimpancés antes que a niños anencefálicos (...) Ni todos los miembros de la especie "homo sapiens" son personas ni todas las personas son miembros de la especie "homo sapiens"... Los recién nacidos humanos no nacen con consciencia de sí mismos, ni son capaces de comprender que existen en el tiempo. No son personas (...). La actitud de la nueva ética que vengo defendiendo rechaza incluso la idea de que toda vida humana tiene el mismo valor" ⁽¹⁹⁶⁾; por su parte, Dworkin nos indica que "nada que carezca de interés puede tener un derecho y nada puede tener un interés si carece de consciencia. En consecuencia como los fetos (al menos en las primeras fases del embarazo) no tienen consciencia, no pueden tener intereses ni derechos" ⁽¹⁹⁷⁾; por último, Engelhardt clasifica a los seres humanos en función de su alejamiento frente al ideal de autonomía; así los cigotos, embriones, fetos, anencefálicos y comatosos persistentes pueden considerarse inferiores a ciertos mamíferos superiores, ya que éstos últimos poseen mayor racionalidad ⁽¹⁹⁸⁾.

Vemos pues como hay autores que rechazan vehementes la condición personal para el embrión humano; otros reconocen esa condición personal a partir de una determinada fase de desarrollo (lo que ha venido en denominarse "PERSONIFICACIÓN RETARDADA" que nos recuerda el debate de la "animación retardada"), campeando en esta opción autores de la talla filosófico-teológica de Sto. Tomás de Aquino, J. Maritain, etc y, otros -por último- que otorgan el estatus de persona también al embrión desde su inicio... quedando también el debate filosófico de si el embrión es PERSONA POTENCIAL o ACTUAL ⁽¹⁹⁹⁾. Como vemos, al igual que en los otros debates analizados, se trata de posturas antagónicas y de difícil reconciliación -nos tememos- en un futuro.

A veces se comenta que quienes exigen trato de persona al embrión en todas sus fases, y niegan el concepto de preembrión, etc, son intolerantes que deben ceder o respetar las convicciones de los otros y no imponer sus ideas... Sin embargo, la respuesta no se hace esperar: "Tal argumento no tiene sentido. El que está convencido de que determinados seres son personas -incluidos los embriones- está obligado a luchar por los derechos de ellos. Al que lucha contra la esclavitud porque tiene el convencimiento de que es inhumana,

no se le puede exigir que respete las convicciones del negrero (y tolere la esclavitud pues el traficante puede pensar que los negros no son personas) (...). Debería poseerse, pues, una completa certeza de que los embriones y los niños no nacidos no son personas para poder justificar que sean utilizados o entregados a la muerte" ⁽²⁰⁰⁾.

Pero, por si aún no estuviera suficientemente enrarecido el debate, no podemos dejar de traer a colación un nuevo matiz o perfil, y es el siguiente: Nos guste o no, en la actualidad hay miles de embriones congelados en todo el mundo, sobrantes de las FIVTE ("embriones supernumerarios") que no sirven para nada una vez que transcurran los 5 años en que se quedan de reserva para otras fecundaciones ⁽²⁰¹⁾ ¿QUÉ SE HACE CON ELLOS?, ¿no sería un mal menor el utilizarlos en experimentación y en clonación terapéutica en vez de dejarlos morir sin más? -recordemos que esta opción del mal menor también ha sido y es defendida por muchos teólogos- ⁽²⁰²⁾.... Ante esto se contesta que no se puede utilizar personas en contra de sí mismas, ni como medios para otros fines (por muy loables que éstos sean), ofreciéndose como más oportuna y ética la opción de dejarlos morir "de muerte natural" en el congelador o el donarlos para una adopción prenatal ⁽²⁰³⁾; lo cual otra vez abre el debate pues no ofrece soluciones claras al problema real de los embriones supernumerarios ⁽²⁰⁴⁾ y, además, -por último- nos abre otros interrogantes a no pocos investigadores del tema: ¿Por qué no se estableció este debate que ahora se plantea en torno a la clonación cuando surgieron las FIVTE?. A la postre con dichas técnicas también se manipulan y destruyen embriones, sin embargo el asunto pasó "casi desapercibido" ante la comunidad científica internacional que apenas opuso reparos bioéticos ⁽²⁰⁵⁾.

En virtud de lo dicho, pues, el DEBATE BIOÉTICO en torno a la clonación se centra en las siguientes CUESTIONES ⁽²⁰⁶⁾.

- ¿Es el embrión un individuo humano y una persona humana?.
- ¿Qué es la persona y quiénes lo son?, ¿se pueden utilizar personas en contra de sí mismas?.
- ¿Está la libertad científica por encima de todo, cuáles son los límites de la ciencia?.
- ¿Se pueden frenar avances terapéuticos por escrúpulos morales?.
- ¿Qué se hace con los embriones sobrantes de FIVTE, congelados en la actualidad. No es mejor utilizarlos en ayudar a la humanidad que destruirlos o dejarlos morir sin más?.
- ¿No es hipócrita el regular el aborto y la FIVTE y no la clonación terapéutica?.

- En el caso de que se regule la clonación ¿podrá objetar conciencia el P.S.?

2.2.4.- CONSIDERACIONES RELIGIOSAS

"Se sabe que las religiones tienen un inmenso potencial conflictivo del que se aprovecha mucha gente religiosa y no religiosa. Pero las religiones disponen asimismo de un potencial no menos grande de paz. La humanidad no puede sobrevivir si no hay paz entre las naciones. No hay supervivencia de nuestro globo sin una ética global, sin una ética universal fruto del diálogo entre las religiones"

HANS KÜNG (En busca de nuestras huellas)

La Biotecnología y la clonación están generando en todo el público -también entre los científicos- adhesiones sin cortapisas y reservas significativas, temores y ansiedades; ahora bien, supondría una verdadera ingenuidad el atribuir el rechazo o el recelo a estas nuevas aplicaciones científicas al simple desconocimiento de la población, pues las raíces de estas reservas se imbrican, las más de las veces, en un amplio entramado actitudinal de valores, criterios éticos y morales EN NO POCOS CASOS DE INSPIRACIÓN RELIGIOSA, y es que "la investigación con células troncales afecta a la dimensión moral o ética de cada individuo y los criterios morales de inspiración religiosa constituyen un vector clave para comprender las posturas existentes" ⁽²⁰⁷⁾, pues la religiosidad sigue siendo un aspecto muy importante para una gran mayoría de los seres humanos ⁽²⁰⁸⁾ siendo una de las actitudes y valores más profundos y significativos -sino el que más- del ser humano ⁽²⁰⁹⁾; por ello, un análisis de las actitudes hacia la clonación, desde la Bioética, (entendiendo por ella "el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida y el ambiente, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre y las futuras generaciones, y encontrar una normativa jurídica adecuada" ⁻²¹⁰⁻) no puede pasar de soslayo por este punto pues sería volverle la espalda a los principios más sólidos de nuestra tradición occidental ⁽²¹¹⁾.

En este escenario vamos a hacer una revisión, aún a vista de pájaro, de lo que dicen al respecto de la clonación humana las principales religiones del mundo, de la mano de los profesores López Barahona y Antuñano Alea ⁽²¹²⁾:

* **HINDUISMO:** En 1997, la Asamblea de Líderes del Hinduismo dirigió al presidente Clinton una carta en la que exponían, los serios interrogantes que la clonación levantaba entre sus fieles; algunos párrafos de dicha carta son elocuentes: "¿cuánto daño podemos permitirnos para clonar a una persona o para encontrar un remedio mediante la clonación, para el cáncer o una sordera congénita? (...) los hindúes entendemos que toda experiencia se gobierna por las complejas leyes del Karma (...) por lo que hay consecuencias kármicas para cada acto, incluyendo la clonación. Cómo afectarán tales intervenciones a nuestros karmas es una meditación importante para el hindú (...) así, ciertamente, debemos acercarnos a la clonación con gran cautela y con circunspección" ⁽²¹³⁾.

* **BUDISMO:** El respeto a la vida en todas sus formas y el principio de no hacer daño, así como la compasión y la creencia en la reencarnación, son también concepciones propias del Budismo; en base a ello, los interrogantes morales y teológicos que la clonación humana abre en el Budismo son semejantes a los del Hinduismo, es por ello por lo que el Dalai Lama se ha mostrado radicalmente contrario a ella.

* **ISLAM:** El Islam, considera con suma contundencia la clonación reproductiva; sin embargo, las diferentes interpretaciones, en su seno, sobre el momento en que el natus recibe el alma, llevan a algunos pocos, en el Islam, a admitir la legitimidad moral de la clonación terapéutica ⁽²¹⁴⁾.

* **JUDAÍSMO:** Sin olvidar las Escrituras, para el Judaísmo cuentan mucho la Torah y la Tradición; por ello, para poder interpretar la clonación a la luz de la ley se precisaría de una "jurisprudencia" (tradición) que aún no existe; esto hace que los rabinos valoren diversamente la clonación humana y que su juicio sea provisional. No obstante ello, el rechazo a la clonación reproductiva es casi unánime (recordemos, a este respecto, la tradición judaica respecto al mito del Golem, precursor de Frankenstein), pero en la terapéutica hay una gran división de opiniones ⁽²¹⁵⁻²¹⁶⁾.

* **CRISTIANISMO PROTESTANTE:** Los Reformados, en las últimas décadas, ha ido en dos direcciones contrapuestas: La primera desea asumir todo lo que supone el proceso de avance occidental, mientras que la segunda ve en esta tendencia riesgos para el núcleo de la fe, si el proceso no es selectivo, por lo que se aferra más al conservadurismo. Esto hace que ciertas comunidades -las menos- acepten sin reparos la clonación terapéutica... sin embargo, la mayoría la rechaza abiertamente por entender que el embrión, desde su misma concepción, es vida humana completa ⁽²¹⁷⁻²¹⁸⁾. Posiblemente son las Comunidades Evangélicas

quienes más han reflexionado al respecto por ello reproducimos aquí parte de las declaraciones de dos Sociedades Evangélicas españolas:

a) La primera se inserta en un Comunicado de la FEREDE (Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España) ⁻²¹⁹⁻:

"1.- (...) Rechazamos la investigación o el uso de embriones humanos salvo para mejorar el estado o futuro del propio embrión y salvo con aquellos originados por aborto espontáneo (con la autorización de los padres) (...)

2.- Valoramos positivamente la contribución de la ingeniería genética con fines terapéuticos, pero es preciso regular adecuadamente esta técnica para evitar el peligro de que la ingeniería genética degenera en manipulación genética. La ciencia -como ha sucedido en el pasado- puede quedar al servicio de intereses políticos y económicos cuestionables.

3.- Aceptamos la clonación humana en casos no reproductivos (bancos de tejido, etc), siempre que no se usen o manipulen embriones. La clonación humana reproductiva (...) además de arriesgada es inaceptable.

4.- Valoramos positivamente el uso de células madre en diversas enfermedades del ser humano, (...) apoyamos su uso siempre que las técnicas para obtenerlas no supongan el uso de embriones humanos"

b) La segunda forma parte de un Comunicado consensuado del Consejo Evangélico de Galicia (CEG) ⁻²²⁰⁻: "El Consello Evanxélico de Galiza, representante de todos los protestantes gallegos, ante las recientes noticias sobre la formación de embriones humanos por clonación con fines terapéuticos, muestra su contundente rechazo a esta iniciativa, atendiendo a los siguientes criterios:

1.- Una técnica como esta no alcanza su justificación por los fines que persigue (...)

2.- El progreso científico no es un fin en sí mismo, si no un medio para alcanzar fines de mejora y dignificación de la vida humana (...)

3.- Denunciamos la falsedad de los etiquetados interesados que identifican como "progresistas" posturas favorables a este uso de la clonación (...): no hay duda de que Hitler aplaudiría este uso, y esto no sería garantía de su progresismo. Nosotros, como protestantes, estuvimos siempre en la vanguardia del progresismo en Europa, y como protestantes rechazamos este uso de la clonación

4.- (...) pedimos que se fomenten vías de investigación (ya iniciadas) para conseguir stem-cells por mecanismos que no incluyan la producción utilitarista de embriones por clonación (...)"

* **CRISTIANISMO ORTODOXO:** Los Patriarcas y Arzobispos ortodoxos, de forma individual y colegiada, han expresado con toda claridad su firme rechazo de la clonación humana, reproductiva y terapéutica, por los graves problemas teológicos, morales y éticos que plantean.

* **CATOLICISMO:** Tanto Juan Pablo II, como Benedicto XVI, han reiterado firmemente la inmoralidad que suponen la clonación reproductiva y la terapéutica. En este marco, la Pontificia Academia de la Vida (creada por Juan Pablo II para el estudio de la Bioética) ha publicado una declaración que, tras exponer los hechos científicos de la clonación humana, declara sus implicaciones morales y teológicas ⁽²²¹⁾:

" (...) El primer problema ético (...) puede formularse así: ¿Es moralmente lícito producir y/o utilizar embriones humanos vivos para la producción de células madre?. La respuesta es negativa (...). El segundo problema ético se puede formular así: ¿Es moralmente lícito realizar la llamada "clonación terapéutica" a través de la producción de embriones humanos clonados y su sucesiva destrucción para la producción de ES?. La respuesta es negativa (...). El tercer problema ético se puede formular así: ¿Es moralmente lícito utilizar la ES y las células diferenciadas de ellas obtenidas, proporcionadas eventualmente por otros investigadores o disponibles en el mercado?. La respuesta es negativa (...). La posibilidad, ya constatada, de utilizar células estaminales adultas para lograr los mismos fines (...) es la vía más razonable y humana que se ha de seguir para un correcto y válido progreso en este nuevo campo que se abre a la investigación y a prometedoras aplicaciones terapéuticas. Estas representan (...) un motivo de gran esperanza para una parte notable de personas enfermas".

En este marco, el Comité Ejecutivo de la Conferencia Episcopal Española, en mayo de 2004, tras el anuncio del Gobierno de reformar la Ley de Reproducción (33/1988) y de revisión de la Reforma de esa Ley (45/2003) expresó que ⁽²²²⁾: "El embrión humano merece el respeto debido a la persona humana (...). Por tanto, no es lícito quitarles la vida ni hacer nada con ellos que no sea en su propio beneficio (...). Se habla de "preembriones" para sugerir que en los catorce días posteriores a la fecundación no existiría más que una realidad prehumana que no merecería el respeto debido a los seres humanos. Pero esta

ficción lingüística pretende ocultar el hecho de la continuidad fundamental que se da en las diversas fases del desarrollo del nuevo cuerpo humano. Donde hay un cuerpo humano vivo, aunque sea incipiente, hay persona humana y, por tanto, dignidad humana inviolable (...).

Descongelar los embriones "sobrantes" para reanimarlos y luego quitarles la vida en la obtención de sus células madre (...) es una acción gravemente ilícita que no puede ser justificada por ninguna finalidad supuestamente terapéutica (...).

De igual modo, en octubre de 2004, tras aprobar el Consejo de Ministros un Real Decreto Ley al respecto, la Conferencia Episcopal Española publicó una Nota de Prensa, recogiendo parte de lo dicho por la Santa Sede a la ONU acerca de la clonación humana⁽²²³⁾ en los siguientes términos⁽²²⁴⁾: "(...) La verdad es que la clonación reproductiva y la clonación "terapéutica" o de "investigación" no son dos tipos diferentes de clonación: implican el mismo proceso técnico de clonación y difieren únicamente en los objetivos que persiguen: Tanto una como otra atentan gravemente contra la dignidad de la persona (...) por muy noble que sea el fin perseguido, es inaceptable moralmente la producción, manipulación y destrucciones de embriones humanos (...)"

No obstante ello, la misma Conferencia Episcopal Española sí acepta la utilización de los embriones congelados que han muerto naturalmente al ser descongelados para que dejen de acumularse en los congeladores, así afirma⁽²²⁵⁾: "Los embriones que han muerto, al ser descongelados en las circunstancias mencionadas, podrían ser considerados como "donantes" de sus células (...) en el marco de un estricto control, semejante al que se establece para la utilización de órganos o tejidos procedentes de personas fallecidas que los han donado con este fin (...)"

Sin embargo, también en el seno de la Iglesia Católica se oyen ciertas voces -las menos- con atisbos de disidencia en algunos aspectos⁽²²⁶⁾. De hecho -como ya vimos en 2.2.3- algunos teólogos católicos aceptan en ciertos supuestos y condiciones la clonación terapéutica, sobre todo centrándose y basándose en la opción del mal menor, en el caso de los "embriones supernumerarios" sobrantes de las FIVTE, entendiendo que sería un mal menor el utilizarlos en experimentación y en clonación terapéutica en vez de dejarlos morir sin más⁽²²⁷⁾.

Como vemos, pues, la inmensa mayoría de las religiones con peso en el mundo se oponen o ven serios dilemas éticos en la clonación humana, reproductiva y terapéutica; sin embargo, algunos consideran que esta oposición o reserva no es fruto de un profundo y honesto

análisis ético, si no fruto del más rancio conservadurismo y del fundamentalismo prejuicioso religioso. En este escenario, y a título ilustrativo, reproducimos parte de un elocuente texto disponible en la red ⁽²²⁸⁾ y divulgado en varios rotativos: "(...) (se está produciendo contra la clonación) una cruzada por la postura más reaccionaria de las posibles, apoyándose en presuntos riesgos y en supuestas razones éticas, que no son si no un disfraz a una postura moralista de base profundamente religiosa (...) (mediante campañas que aluden) fundamentalmente motivos éticos y éstos consisten en el juicio sobre la legitimidad moral de las investigaciones en clonación (...) (asumiéndose así) una postura paternalista que prohíbe la clonación aludiendo a "riesgos" y a "motivos científicos y éticos" (...) son los ciudadanos informados quienes pueden valorar realmente los riesgos, y juzgar si tras esos supuestos motivos éticos hay algo más que una moral religiosa travestida, una intrusión - una vez más- de la moral católica más trasnochada en el cuerpo legislativo de los estados (...). ¿A qué viene pues tanto revuelo?. La investigación con CM clónicas humanas puede revolucionar la medicina (...) ¿Por qué, pues, prohibir la investigación orientada a solucionar estos problemas?. Los motivos aducidos (...) incluyen fundamentalmente, objeciones éticas (...). Sin embargo, en el caso de la clonación terapéutica humana, pocas de estas cuestiones tienen distinta raíz que las objeciones morales de sectores conservadores (...). Frente a posturas simplonas, desinformadas y paternalista (...) resulta imprescindible un debate serio sobre las auténticas cuestiones de carácter ético con las que nos enfrentamos (...) sirva como ejemplo esclarecedor el análisis que el comité asesor de la empresa ACT realizó al respecto (...), su portavoz R. M. Green resumía lo que el comité consideró como las 5 cuestiones éticas mayores que se abordaron y resolvieron del siguiente modo (...)"

[A continuación, el autor desgrana como argumentario las respuestas ofrecidas por el citado comité ético de la empresa Advanced Cell Technologies (ACT) que se manifiesta -como no podría ser de otra forma- completamente a favor de la clonación terapéutica y de la creación, manipulación y destrucción de embriones, para ello... curiosamente olvida decir que la ACT es una empresa privada con claros intereses económicos -incluso mediante luchas por las patentes que pudieran originarse- en el tema].

Tras la presentación del argumentario citado, según el articulista: "Los aspectos éticos relacionados con las nuevas tecnologías de clonación de células humanas exigen un riguroso análisis desde el conocimiento de causa y desde el distanciamiento de posturas sesgadas por los prejuicios religiosos (...). Los beneficios esperados de estas investigaciones para el bienestar humano sobrepasan infinitamente las objeciones que desde determinadas morales

religiosas se plantean (...). La controversia científica tampoco existe al respecto (debiendo tildar) las campañas contra la clonación como irresponsables (...) bajo el influjo de prejuicios religiosos (...). En lo filosófico (la clonación y la creación de embriones humanos) llevan a confirmar el pensamiento materialista dialéctico (...) y por consiguiente la inexistencia de lo que se viene considerando como Espiritual, en el lenguaje filosófico hegeliano, la idea, y en su tradición popular el Dios de los creyentes. Si el hombre ha llegado a crearse a si mismo en el laboratorio de la genética, ello lleva a concluir en la inexistencia de un "Creador" (...) (esta conquista científica) es otra prueba evidente de la increabilidad de los seres vivos (...) el ser humano no es más que el resultado más elevado, hasta ahora, de la evolución de la materia. Lo anterior lleva al ateísmo científico y el ateísmo científico da al traste con todo el acumulado de creencias que la humanidad ha adquirido sobre la ignorancia y el desconocimiento (...) la creación del ser humano por el humano trasciende todo lo que la humanidad ha logrado en el terreno no solamente de la investigación científica en sí, si no en el campo del pensamiento (...). Se termina el miedo a la muerte, al dolor, a los dioses (...). Los moralistas, creacionistas, los creyentes y toda esa "comunidad" mundial, asentada sobre las milenarias tradiciones del animismo, el espiritualismo y las religiones, han salido a satanizar la clonación porque todo su mundo de engaño y explotación del sentimiento humano se les va al suelo y termina el ganarse la vida con la falacia y el engaño espiritualista (*sic*) (...). La "identidad personal" es una invención de los poderosos para incentivar el conformismo y la sumisión a los poderes económicos, políticos, ideológicos y culturales que han venido degradando los recursos materiales y humanos del planeta tierra. El cristianismo, religión surgida del crimen y asentada en él ya por casi veinte siglos inventó el "libre albedrío" para poder explotar la fe de los ignorantes y los sumisos en beneficio de los especuladores del pensamiento y los poderosos por la riqueza que robaron a los débiles (...).

La clonación es otro paso importante en el avance científico y en la evolución de la vida humana. No lo podrán detener ni los poderosos ni los moralistas, ni los clérigos ni los gobiernos de turno (...).

Como vemos pues, según otros sectores, oponerse o recelar de la clonación es el corolario de un reaccionismo pertinaz, de un paternalismo fundamentalista, de un conservadurismo zafio, ignorante e irresponsable y de un engaño espiritualista pues no existe en realidad, controversia científica alguna al respecto sino prejuicios y obcecación...Aquí también está abierto el debate.

2.2.5.- LA MEDICINA REGENERATIVA Y LA UTILIZACIÓN EN ELLA DE CÉLULAS MADRE SIN PROBLEMAS ÉTICOS

"Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza"

(Gen, 1, 26)

La clonación terapéutica tiene su razón de ser en la "Medicina Regenerativa", que se basa en el implante de células inmaduras o en la fusión de éstas con las células dañadas, o en el aporte de factores que permitan la regeneración celular ⁽²²⁹⁾; lo que ha supuesto abrir una prometedora vía terapéutica, a veces sobrevalorada, pues está aún en ciernes ⁽²³⁰⁾.

La investigación en Medicina Regenerativa intenta conocer la capacidad de las células troncales de proliferar, diferenciarse y suplir aquellas células que se han destruido a causa de enfermedad o accidente; también busca conocer la capacidad de éstas células de aportar los factores para una nueva génesis celular in vivo. El empleo de éstas células en la terapia de enfermedades reactivando células afectadas, la posibilidad de fundirse con la célula alterada y "rejuvenecerla", e incluso de convertirse en una célula diferenciada igual a la degenerada y sustituirla in vivo, supone abrir una nueva vía prometedora; por ello, la perspectiva de utilizar estas células para regenerar incluso tejidos supone un poderoso estímulo y genera el interés del público en general ⁽²³¹⁾. La Medicina Regenerativa, es la medicina del futuro ⁽²³²⁾... ahora bien, es urgente el disponer de células humanas con las que crear tejidos para sustituir a las destruidas; Para ello pueden utilizarse células troncales de embriones y de adultos; Así, esta nueva área biomédica tiene planteada una problemática que se engarza con el debate acerca de la clonación que estamos analizando: Utilizar células madre de adulto o de otro tipo -sin ningún problema bioético, aunque sí tecnológico- o utilizar células madre embrionarias -con problemas tecnológicos y bioéticos-. Como el problema bioético de las células madre embrionarias ya ha sido analizado en los puntos anteriores, vamos a detenernos, ahora, en el análisis o la utilización de las células troncales sin problemas éticos:

LA UTILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE SIN PROBLEMAS ÉTICOS

a) Células troncales de adulto: En los tejidos de organismos adultos existen células troncales responsables de mantenerlos en condiciones fisiológicas además de repararlos en caso de alteración o daño ⁽²³³⁻²³⁶⁾. Ya teníamos un amplio conocimiento de las células

hematopoyéticas de la médula ósea y la sangre; en este tejido, en octubre de 2003, se ha descrito un último tipo -por ahora- de célula troncal como una subpoblación de células vasculares: las calcificantes, capaces de diferenciación osteoblástica y mineralización y otros linajes mesenquimatosos ⁽²³⁷⁾. Otra fuente abundante de células madre de adulto con gran plasticidad es la grasa ⁽²³⁸⁾: las células troncales del tejido adiposo, obtenidas de la liposucción, son capaces de diferenciarse in vitro y dar músculo, hueso y cartílago, e incluso células nerviosas ⁽²³⁹⁾ y cardiomiocitos. La propia médula ósea contiene células troncales hematopoyéticas, mesenquimatosas y células progenitoras endoteliales ⁽²⁴⁰⁾. Es lógico que el abordaje de la terapia regenerativa parta fundamentalmente de la función natural, de las células troncales hematopoyéticas (HSC) de la médula ósea, donde de manera continua vuelven a rehacer las células diferenciadas de la sangre periférica que se pierden; poseen, por ello, una ventaja estratégica sobre otras células troncales: están bien definidas, son fáciles de aislar y pueden inyectarse, con lo que llegan a otros tejidos a través de la sangre. Más aún, el trasplante de las HSC conduce a la inducción de tolerancia del donante ⁽²⁴¹⁾.

Citamos, a continuación, -con la prudencia que exige el no crear falsas expectativas- diversas investigaciones de terapia celular con células troncales de adulto en algunos órganos y enfermedades diferentes:

* Regeneración del miocardio necrosado tras infarto: La inyección directa al corazón lesionado de una población enriquecida en HSC permite la regeneración del músculo cardíaco y conduce a una mejoría manifiesta de la función cardíaca ⁽²⁴²⁻²⁴³⁾; también se utilizan células inmaduras (mioblastos) procedentes de una biopsia muscular del propio paciente ⁽²⁴⁴⁾; se está estudiando el uso de la grasa y, recientemente Nadal-Ginard ⁽²⁴⁵⁾ ha descrito que el miocardio dispone de células troncales que son capaces de llevar a cabo la regeneración cardíaca a través de su estimulación in situ con un factor de crecimiento hepático, la cardiotropina.

* Enfermedades degenerativas del cerebro: El cerebro posee células troncales con capacidad de diferenciarse en neuronas específicas, oligodendrocitos y astrocitos. Quin Shen ⁽²⁴⁶⁾ ha mostrado que las células endoteliales liberan factores solubles que estimulan la autoregeneración de las neuronales, inhiben su diferenciación y fomentan la producción de neuronas; por otro lado, las HSC trasplantadas pueden migrar al cerebro y diferenciarse en células que expresan proteínas específicas de células neuronales y en células troncales neurales in vitro ⁽²⁴⁷⁻²⁴⁹⁾. En el Parkinson, se ha puesto de manifiesto que

el factor neurotrófico derivado de la glía protege a las neuronas dopaminérgicas de la muerte celular por lo que se ha administrado ya a pacientes con resultados positivos ⁽²⁵⁰⁾. Las células troncales dentales derivadas de la pulpa dental producen en cultivo factores neurotróficos que promueven la supervivencia de las células nerviosas, así el equipo de Nosrat ⁽²⁵¹⁾ está analizando su potencial terapéutico en el Parkinson y en lesiones de la médula ósea. En la Esclerosis Múltiple se ha conseguido, en ratones, que células madre naturales ayuden a reparar el daño en el área de la inflamación; entraron en las zonas desmielinizadas y se diferenciaron en precursores de los oligodendrocitos que producen mielina en las zonas dañadas ⁽²⁵²⁾.

* Diabetes tipo I: En marzo de 2003, células troncales de la médula ósea de ratón, transformadas y transferidas, han repoblado in vitro los islotes de Langerhans de otro ratón produciendo insulina y liberándola de forma dependiente de la glucosa ⁽²⁵³⁻²⁵⁴⁾.

b) Células madre extraídas del cordón umbilical:

Las células madre del cordón umbilical también pueden infiltrar el tejido cardíaco dañado y transformarse en células cardíacas necesarias para la reparación (de hecho, también pueden diferenciarse dentro del cerebro, hígado y osteocitos). De esta forma, en el síndrome de Hurler, la forma más grave de mucopolisacaridosis de tipo 1 por falta de la I-idurodinasa se ha iniciado este tipo de trasplante, habiéndose tratado hasta la actualidad unos 300 casos con una supervivencia del 85% ⁽²⁵⁵⁾.

c) Células madre pluripotentes "cuasiembrionarias" sin creación de embriones:

Otro de los medios posibles de obtener células madre sin ningún tipo de reparo ético es recurrir a la partenogénesis o activación del óvulo sin presencia del espermatozoide ⁽²⁵⁶⁻²⁵⁷⁾. [La ACT ha activado oocitos de macaco induciéndolos a división, mediante partenogénesis, las células así obtenidas se immortalizaron y las líneas celulares se convirtieron en neuronas, células musculares y grasas ⁽²⁵⁸⁾; por otro lado, Kono y su equipo han conseguido el nacimiento de un ratón sin padre por partenogénesis con reprogramación ⁽²⁵⁹⁾ esto se podría hacer perfectamente con oocitos de mujeres premenopáusicas, planteándose ya la creación de un banco de células madre cuasiembrionarias (lo cual es además mucho más simple y barato que un banco de células madre embrionarias individuales). -Debemos advertir que así no se da origen a un verdadero cigoto humano capaz de desarrollarse hasta embrión sino a un "embrioide", con lo que el problema bioético queda resuelto- ⁽²⁶⁰⁾]. Asimismo, otros métodos consistirían en utilizar células madre de fetos abortados de modo espontáneo o en

recurrir a fusiones nucleares que no supongan fecundación, como es el caso de la fusión de una célula somática del paciente con una célula "receptora" ⁽²⁶¹⁾.

d) Células madre procedentes de los embriones muertos tras la descongelación:

Otra posibilidad reside en la utilización de células madre procedentes de embriones muertos tras la descongelación. Así, en España, se han manifestado Luis Pastor y Mónica López Barahona en el voto particular del Informe de Ética de la Biotecnología previo a la Reforma de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida: "Los embriones que al descongelarse mueran o estén ya muertos, sus células troncales podrán utilizarse en investigación. Del mismo modo, los que presenten rasgos de fragmentación que permite definirlos como no viables" ⁽²⁶²⁾. La Conferencia Episcopal Española se ha unido a esta postura: "Los embriones que han muerto, al ser descongelados en las circunstancias mencionadas, podrían ser considerados como "donantes" de sus células, que entonces podrían ser empleadas para la investigación en el marco de un estricto control, semejante al que se establece para la utilización de órganos o tejidos procedentes de personas fallecidas que los han donado con este fin" ⁽²⁶³⁾. La clave es el protocolo de la descongelación pues habría dos modos de hacerla: dejar que vayan evaporándose las botellas de nitrógeno -lo que significaría dejar morir y sería, por lo tanto lícito-; o proceder a la desmembración de los blastocitos, que sería -para algunos- directamente matar ⁽²⁶⁴⁾, con lo que otra vez tendríamos el debate ético... Algunos rechazan esta utilización de las células procedentes de embriones muertos, en todos los casos, y abogan por un "entierro piadoso" ⁽²⁶⁵⁾ por lo que, una vez más, se abre el debate.

Por último, en fechas muy recientes, por un lado, un grupo de Harvard ha anunciado el haber conseguido fusionar células madre de embriones con células madre adultas de la piel que fueron así "reprogramadas a su condición embrionaria" ⁽²⁶⁶⁾, si ésto se mantiene una vez eliminado el ADN de la célula embrionaria tendríamos el camino de la obtención de células madre embrionarias y personalizadas sin la creación y posterior destrucción de embriones; por otro lado, el Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) y la ACT han anunciado en la edición online de Nature ⁽²⁶⁷⁾ la posibilidad próxima de extraer una sola célula en el proceso inicial de su desarrollo y generar colonias de células madre no destruyendo el embrión donante que retiene así todo su potencial de resultar en una gestación normal... Según R. Lanza, director científico de ACT, "así avanzamos hacia rutas éticamente más aceptables para producir células madre embrionarias" (recordemos como "curiosidad" que -

como vimos en el punto anterior- hace apenas 3 años la ACT manifestaba que el utilizar células destruyendo embriones no ofrecía ningún problema ético, ¿cómo pueden ser éstas - ahora- "rutas éticamente más aceptables"?).

En virtud de todo lo expuesto son muchos los autores que afirman que la Terapia Celular y la Medicina Regenerativa no necesitan los embriones precoces para obtener células madre ⁽²⁶⁸⁾. De hecho, y al margen de los problemas éticos, se afirma también que las células madre procedentes de embriones no son aptas para su uso directo en la regeneración de órganos y tejidos ⁽²⁶⁹⁻²⁷¹⁾, "ocupando ese lugar terapéutico las células troncales de adulto y las células madre embrionarias no compiten con ellas" ⁽²⁷²⁾. En este sentido, lo que no sería ético, en realidad, es el apoyarse en las expectativas creadas a los enfermos para presionar la promoción de investigaciones, tal vez interesantes, pero sin una directa aplicación terapéutica -como viene haciéndose-.

En la Unión Europea existen, por último, diversos proyectos serios de investigación con células madre, sin problemas bioéticos, según nos relata A. Oliveiro ⁽²⁷³⁾ - entre otros- :- El proyecto EUROCORD, basado en la formación de un banco de células madre, extraídas de cordones umbilicales, y que tiene su centro en la Universidad La Sapienza de Roma. -El proyecto ENFET, sobre el trasplante de células madre en fetos en los que se ha diagnosticado una enfermedad genética. - El proyecto ECTINS, sobre el desarrollo de líneas celulares madre de crecimiento rápido, producible a nivel industrial, y - El proyecto DANCE, sobre la base de células madre, procedentes de abortos, productoras de dopamina para luchar contra el Parkinson y el Alzheimer, en el que está involucrado el grupo danés NS. Gene junto a investigadores suecos, alemanes y españoles.

Como vemos, hay serias alternativas científicas para obtener células madre sin problemas bioéticos... eso sí, no tienen el "glamour" de la clonación y tampoco la resonancia de las investigaciones con células troncales sacadas de los embriones humanos, lo cual está generando un fenómeno curioso y denunciado por no pocas voces autorizadas y muchas revistas especializadas: "Silenciamiento, desconfianza y descrédito de las investigaciones con células de adulto y lanzamiento orquestado de cualquier dato en la línea de la obtención y de los beneficios derivados de las células troncales embrionarias" ⁽²⁷⁴⁾.

2.3. - LA MEDICIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

"Con minuciosidad recogidos, con rectitud agrupados y con sereno discurso interpretados, los guarismos son gala, ornamento y columna del Arte hipocrático; merced a ellos, es decir, al legítimo criterio aritmético, no es la ciencia de la salud y de la enfermedad congenie de instituciones y sospechoso montón de ensayos y hechos. Sin la eficacia directriz juzgadora de los números, semejaría nuestra ciencia Astronomía sin álgebra, Historia sin filosofía y Geografía sin mensura".

LUIS COMENGE (Sobre Demografía Sanitaria. Rev. Iberoamericana de Ciencias Médicas, 1899)

Medir es asignar números a objetos o relaciones empíricas de acuerdo con ciertas reglas. Una regla para la asignación de números a aspectos o relaciones empíricas origina una ESCALA DE MEDIDA que es posible en tanto exista cierto isomorfismo entre las operaciones que podamos hacer con los números y las operaciones que podríamos hacer con los objetos empíricos ⁽¹⁾... Pero ¿es esto posible en las CC de la Salud y en la Ps. de la Salud?. En efecto, pues la consideración de la salud como objeto de estudio ha permitido la evolución del concepto desde perspectivas biológicas hacia planteamientos más globalizadores ⁽²⁾, así nos podemos remontar a la definición de Salud por la OMS como

"total bienestar social, psicológico y físico" ⁽³⁾, constructo tridimensional recogido por Engel en su famosa definición del hombre como "ser biopsicosocial" ⁽⁴⁾, dándose así un salto de lo puramente cósmico y objetivo -cuando lo es- del fenómeno puramente biológico, a lo más subjetivo-psicológico, donde se encuentran el campo de las perspectivas subjetivas hacia la salud y el de las actitudes. La medida es necesaria y posible, pues, en las CC de la Salud y en la Ps. de la Salud en tanto que ésta sea una ciencia experimental. Precisamente, la medición es el primer escalón a tener en cuenta pues -como indica Stevens ⁽⁵⁾- en la medición de la salud los investigadores y los clínicos debemos asignar números para que representen propiedades de presencia o ausencia de salud (biopsicosocial, añadiríamos nosotros) y poder así evaluar y/o intervenir. En cualquiera de los casos, sea cual fuere la estrategia u objetivos perseguidos con la medición, se pueden sustentar al menos tres aspectos que la hacen necesaria ⁽⁶⁾:

a) Desde la perspectiva del científico y/o del clínico: Si una de las actividades fundamentales de la ciencia es la medición, sin una posibilidad de medición de la salud -en sus tres dimensiones- sería prácticamente inviable la obtención de estrategias que pusieran de manifiesto lo acertado o equivocado de los planteamientos teóricos. b) Desde la perspectiva del usuario: El hecho de que el sujeto que se encuentra en un determinado estado de salud sea un sujeto activo, participando en la medición del mismo, permite que su colaboración le ofrezca la posibilidad de conocer y poder controlar el proceso por el que atraviesa. c) Desde la perspectiva económico-social: El contar con estrategias cada vez más sofisticadas para la medición y análisis de datos en las Ciencias de la Salud permite avanzar en el conocimiento y la predicción, lo cual facilita y abarata la prevención y la intervención.

Ahora bien, en nuestro caso estamos estudiando las ACTITUDES hacia la Clonación y las actitudes son un proceso psicológico, pero ¿se puede medir también lo propiamente psíquico?. Por supuesto que sí, precisamente y en virtud de ello nace la PSICOMETRÍA, hace más de 100 años, como Ciencia que estudia los principios y métodos de las medidas psicológicas: Así el Diccionario Enciclopédico de las CC de la Salud ⁽⁷⁾ la define como la "medición científica del funcionamiento mental y psicológico", describiéndose como la "medición de las diferencias de conductas individuales", ⁽⁸⁾ aplicándose también a la "construcción y valoración de los instrumentos de evaluación que miden variables (psicológicas) específicas" ⁽⁹⁾; así surgen las escalas, cuestionarios y tests psicométricos que son "aquellas técnicas psicológicas de medida que han sido construidas a través de

estrategias empíricas o factoriales, y que cuentan con un material tipificado y presentan normas de aplicación, corrección y valoración estandarizadas" ⁽¹⁰⁾.

2.3.1.- CARACTERÍSTICAS QUE DEBE CUMPLIR LA MEDICIÓN

"La idea de refundir todas las medidas en una unidad de longitud tomada de la naturaleza se presentó a los matemáticos en cuanto estuvieron seguros de la existencia de semejante unidad y de la posibilidad científica de determinarla"

BORDA, LAGRANCE, LAPLAGE, MONGE y CONDORCETT (Informe presentado a la Academia de la Ciencia sobre la elaboración de una Unidad de Medida, 1791)

Como hemos visto, la psicometría se refiere a aplicación de procedimientos matemáticos y de medición a los fenómenos mentales, en general, y a las escalas y tests en particular; los principios psicométricos imponen una serie de requisitos en la construcción y análisis de estos instrumentos, siendo los principales la FIABILIDAD y la VALIDEZ ⁽¹¹⁾.

A) LA FIABILIDAD

Al medir una característica -variable- de un objeto o sujeto, la medida obtenida contiene siempre una cierta cantidad de ERROR ALEATORIO, grande o pequeña, por ello los conjuntos de medidas de la misma característica tomados sobre los mismos sujetos u objetos NUNCA SERÁN IDÉNTICOS. Este hecho es universal en toda medición y en toda ciencia, desde la Física a la Psicología y Medicina, y se conoce como la FALTA DE FIABILIDAD DE LA MEDIDA... Pese a ello, las medidas obtenidas aplicando repetidas veces el mismo instrumento a características de los mismos sujetos u objetos, muestran una CIERTA CONSISTENCIA, precisamente llamamos FIABILIDAD a la consistencia con la que mide un instrumento ⁽¹²⁾. Así se dice de un instrumento que es fiable o PRECISO cuando aplicado varias veces a la misma situación da siempre el mismo resultado, pero como toda medida tiene un ERROR DE MEDIDA, si conocemos la fiabilidad de una prueba sabemos en qué medida es segura y hasta qué punto podemos fiarnos de sus resultados ⁽¹³⁻¹⁴⁾; así podemos decir que "la fiabilidad es el grado de acuerdo o correspondencia entre medidas, que deberían ser iguales si no existieran errores de medición" ⁽¹⁵⁾.

La fiabilidad, pues, de un test o de una escala o cuestionario alude a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando se les aplica la misma prueba en diferentes ocasiones y se establece mediante el COEFICIENTE DE FIABILIDAD ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Desde el modelo de la psicometría clásica tenemos diferentes diseños para el cálculo del coeficiente de fiabilidad. Veamos sucintamente el significado de cada uno de estos ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ :

1.-Aplicación de formas paralelas: Se aplican dos formas paralelas del instrumento bajo condiciones especificadas. Se obtendrán dos conjuntos de puntuaciones, X y X', con los que se calcula la correlación, generalmente el coeficiente de correlación de Pearson.

2.-Aplicación del mismo instrumento en dos ocasiones distintas: (test-retest): Tras las dos aplicaciones del instrumento, se dispone de dos conjuntos de medidas con los que se calcula el Pearson. Este diseño pone el acento en la estabilidad temporal de las puntuaciones.

3.-Aplicación de una forma del test en una sola ocasión: Mediante este diseño se pone de relieve la consistencia interna del instrumento (el grado de homogeneidad de los elementos). Cuando se usa, podemos utilizar diversos procedimientos para el cálculo del coeficiente de fiabilidad, que podemos dividir en dos tipos fundamentales: a) Subdivisión del test o técnica de evaluación en dos mitades, presumiblemente paralelas de n/2 elementos (siendo n el número total de elementos de la prueba) cada una (bien mediante el método "Primera-Segunda mitad", bien con el método "Par-Impar" , utilizando las puntuaciones de cada sujeto en los elementos pares e impares de la prueba). Para calcular la fiabilidad suele utilizarse el coeficiente de correlación de Pearson, con las puntuaciones de cada una de las dos mitades, y aplicar posteriormente la fórmula de la "profecía" de Spearman-Brown para corregir el efecto de la reducción del test total (pues al reducirse el nº de ítems a la mitad, disminuye la fiabilidad). Otros procedimientos para su cálculo son los de Rulon, Guttman y Flanagan ⁽²¹⁾. b) Analizar la covariación de todos los elementos del test, sin efectuar subdivisiones, y determinar, a partir de esta covariación de los elementos, la razón varianza verdadera-varianza total observada. Entre los procedimientos de cálculo más conocidos figuran las ecuaciones de Kuder-Richardson, especialmente en sus dos versiones núm. 20 y núm. 21, y el procedimiento más general, basado en ellas y desarrollado por Cronbach ⁽²²⁾, el coeficiente alfa.

Con estos diseños, se calculan dos estadísticos diferentes para determinar la fiabilidad: los que describen el error de medida en términos absolutos y los que lo hacen en

términos relativos: error típico de medida y el coeficiente de fiabilidad. El primero describe el error de medida en términos absolutos, no varía como función de la muestra y se expresa en las mismas unidades que el instrumento de evaluación para el que se calcula. El coeficiente de fiabilidad describe el error en términos relativos a la variabilidad de la muestra, como la proporción de la varianza de las puntuaciones, fiable o verdadera ⁽²³⁾.

Se suele aceptar una prueba como fiable psicométricamente cuando su coeficiente de fiabilidad es superior a 0,80 ⁽²⁴⁾; ahora bien, como el cuadrado de dicho coeficiente de correlación representa la proporción de la varianza común, si obtenemos la raíz cuadrada del coeficiente de fiabilidad tenemos el ÍNDICE DE FIABILIDAD ⁽²⁵⁾.

B) LA VALIDEZ

La fiabilidad de un instrumento es un requisito necesario pero no suficiente pues no asegura que la prueba mida aquello que dice medir. El requisito de la validez nos indica si la prueba cumple el fin al que se le ha destinado, y eso hay que comprobarlo previamente, de forma empírica, de modo que la validez de un test indica su eficacia para estimar algo, existiendo siempre un ERROR DE ESTIMACIÓN, que es el que se comete al estimar un criterio a través de un instrumento ⁽²⁶⁾. Además de establecer la fiabilidad, pues, debemos de plantearnos hasta qué punto el instrumento de evaluación SIRVE (VALE) para la finalidad perseguida ⁽²⁷⁾ - Ahora bien, debemos tener presente que lo que validamos no es tanto el instrumento como "la interpretación de los datos obtenidos por medio de un procedimiento especificado" ⁽²⁸⁾; por ello, debemos especificar siempre el uso particular al que va a destinarse el procedimiento de evaluación- La evaluación de la validez de un instrumento implica considerar los siguientes aspectos: adecuación con la que mide la conducta bajo estudio, capacidad para diagnosticar la conducta real de una persona, sensibilidad para detectar el objetivo, grado de seguridad con el que podemos hacer inferencias y tomar decisiones y, por último, utilidad ⁽²⁹⁾.

La APA tiene establecidos los criterios y procedimientos de validación de un test en su Standars for Educational and Psychological Tests and Manuals ⁽³⁰⁾, estos procedimientos se clasifican en tres categorías principales: Validez de Contenido, Empírica o de Criterio y Estructural o de Elaboración/Constructo; a las que se le suele añadir la Validez Aparente.

- LA VALIDEZ DE CONTENIDO se valora considerando hasta qué punto el contenido de la prueba es una muestra representativa de la clase de situaciones, conductas problemas o referentes psicológicos, sobre los que se extraerán las conclusiones; se consigue desde el

inicio de su construcción por medio de la elección de elementos -ítems- apropiados, tras un examen concienzudo y sistemático de la conducta a evaluar o de la bibliografía al respecto ⁽³¹⁾. Así todo instrumento de medición ha de tener en cuenta todas las áreas de contenido que pudieran ser importantes, considerando además que el número de ítems de cada área estudiada (siempre y cuando sean discriminativos) sea un reflejo de la importancia de dicha área ⁽³²⁾.

- LA VALIDEZ DE CRITERIO O EMPÍRICA nos indica la eficacia del instrumento en la predicción de la conducta del sujeto en situaciones específicas, para ello compara las puntuaciones en la prueba o las predicciones derivadas de ellas con una variable externa, llamada CRITERIO. En este tipo de validación se suele utilizar el método de la VALIDEZ CONCURRENTES, con criterio actual y no predictiva ⁽³³⁾.

- LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO O ESTRUCTURAL es el grado en que una prueba mide un rasgo teórico (constructo); hace referencia, pues, a la necesidad de que un instrumento de medición sirva para captar la evidencia empírica de la existencia de un determinado constructo que previamente ha sido bien delimitado en el plano teórico ⁽³⁴⁻³⁶⁾, es decir, determina el grado en que algunos conceptos explícitos o constructos desarrollan los resultados de una prueba. Como procedimiento para determinarla se suele seguir el método del ANÁLISIS FACTORIAL (validez factorial) que consiste en obtener un número de factores que agrupe a un número mayor de variables teniendo en cuenta su grado de correlación y el método de la MATRIZ MULTIRRASGO-MULTIMÉTODO (validez convergente-discriminante) ⁽³⁷⁾. También suele utilizarse el correlacionar la prueba con otras -ya validadas- que midan lo mismo, aunque las correlaciones así obtenidas deben ser moderadamente altas, pero no demasiado, pues significaría una duplicación inútil -salvo ventajas adicionales de brevedad o facilidad de aplicación- ⁽³⁸⁾.

- LA VALIDEZ APARENTE, por último, indica que la prueba parece medir lo que dice medir y es precisa -a veces- pues así aumenta la motivación del sujeto para contestar p.ej. a un cuestionario pues sin ella los sujetos pueden encontrar el instrumento como algo innecesario o poco relacionado con sus metas, con lo que su participación e implicación puede ser pobre ⁽³⁹⁾.

III -OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y SU UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN ACTUAL: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

"El trabajo de los hombres geniales, aún si se encaminan en dirección equivocada ¿se revela siempre, a fin de cuentas, como beneficioso al género humano?"

M. SHELLEY (Frankenstein. El Nuevo Prometeo)

Como hemos visto, la Medicina Regenerativa está abriendo una nueva vía terapéutica ⁽¹⁾; pero -asimismo- desde sus inicios está planteando una tensa problemática que se centra y delimita, en quintaesencia, en utilizar en ella embriones humanos "preimplantatorios" o "preembriones" (la polémica, como también hemos visto, alcanza incluso a cómo llamarlos) para obtener las necesarias células madre o troncales versus utilizar células madre o troncales obtenidas por otra vía (de adultos, mediante partenogénesis, de la placenta, de abortos espontáneos,...) que no plantee problemas bioéticos ⁽²⁾.

La polémica, por otro lado, se incardina en un viejo dilema: Por un lado, existe consenso general en que no se debe frenar la investigación ni la búsqueda de conocimientos en general y, en particular, no debe frenarse una línea de investigación biomédica esperanzadora, pues el luchar contra la enfermedad y curar a los enfermos es una obligación moral para todas las ideologías y creencias; pero, por otro lado, tampoco parece

lícito investigar a cualquier precio y por encima de barreras bioéticas y morales establecidas y generalizadas como podría ser destruyendo vidas humanas, por muchos beneficios que acarrearía a terceros. Este viejo dilema se incardina a su vez y se encaja -como en la vieja analogía de las muñecas rusas- en el gran dilema que todo cambio paradigmático ⁽³⁾ - en el sentido Kuhniano- acarrea al generar la dialéctica de la crisis que, en nuestro siglo, es la descrita como "crisis de la modernidad" que se hace patente en diversos escenarios ⁽⁴⁾:

- Cada vez más personas disfrutan de los beneficios de la libertad y del bienestar moderno, pero cada vez más personas echan de menos el correspondiente progreso en el ámbito de la moral y de la ética.
- Cada vez más personas se benefician de los resultados de una tecnología avanzada y de gran eficacia, pero cada vez son más numerosos quienes desean que se la controle en la misma medida y quienes desean en lugar de racionalización, más humanización.
- Cada vez más personas están involucradas en un sistema de finanzas y de economía con un campo global de operaciones, pero cada vez son más numerosos quienes exigen una mejor justicia distributiva y tener más en cuenta a los perjudicados por la globalización.

Volviendo a nuestro tema, de un lado todas las creencias e ideologías -incluso las "increencias"- conceden un valor absoluto o relativo (aunque siempre alto) a la vida humana, por objetivamente precaria que sea su situación; pero, de otro, intereses políticos, ideológicos y económicos -no siempre ilegítimos- y los propios medios de comunicación presionan hacia líneas de investigación que, cuanto menos, merecen cautela y sosiego, amén de una profunda reflexión bioética (como nos han recordado, y hemos comentado, en la Introducción, la SIBI y la AAAS ⁻⁵⁻⁶⁻).

No podemos olvidar, como también hemos dicho, que la Biotecnología es una de las áreas más dinámicas y de impacto en este siglo con gran trascendencia política y económica por su clara traducción en biopatentes ⁽⁷⁾ es por ello que "el nivel de visibilidad de esta área científica en los medios de comunicación es muy alto (...) contrariamente a lo que suele ocurrir con la mayoría de los avances científico-tecnológicos que se abren paso o llegan a la sociedad de manera silenciosa, la Biotecnología suscita un alto nivel de atención debate y regulación" ⁽⁸⁾; de hecho, la clonación es el campo científico que más preocupa a los españoles ⁽⁹⁾... Ahora bien, como suele ocurrir, primero se inventan las técnicas y después se plantean los problemas éticos y jurídicos; para la regulación legal de estos campos y áreas tan polémicos, los legisladores en las democracias deben atender a los estados de opinión al

respecto ⁽¹⁰⁾; por ello, se viene prestando atención "al estudio de las percepciones que tiene el público de la Biotecnología (tanto a sus conocimientos como a sus actitudes), puesto que en un medio plazo la aceptación o, alternativamente, la resistencia o incluso el rechazo de algunas de las aplicaciones e investigaciones serán resultado de lo que el público conozca acerca de ellas y cómo las valore" ⁽¹¹⁾.

Ahora bien, en esas valoraciones juega un papel imprescindible todo nuestro entramado actitudinal en el que confluyen los valores, los criterios éticos e, incluso, la propia filosofía de la vida, pues las nuevas posibilidades de intervención sobre la vida humana que nos promete la Biotecnología hacen que surjan serias reflexiones -incluso filosóficas- que nos preguntan y cuestionan la relación entre corporeidad y subjetividad ⁽¹²⁾... de ahí la importancia de la profunda reflexión BIOÉTICA en estos temas ⁽¹³⁻¹⁴⁾ y de la importancia de su reglamentación al amparo de la Biojurídica.

Y en este escenario es donde se enmarca nuestra investigación que -como veremos- pretende analizar las actitudes del Personal Sanitario hacia la clonación humana, correlacionándolas con sus conocimientos al respecto, creencias religiosas, presencia o no de prejuicios, etc, en la convicción de que la aceptación o rechazo de las técnicas de clonación humana no se debe a una sola variable sino a la intervención de todo el entramado actitudinal, pues como bien nos indica R. Pardo, responsable de una de las más serias investigaciones realizadas al respecto, a nivel europeo, llevada a cabo una vez ya iniciada de nuestra investigación, "con frecuencia se ha asociado este fenómeno de rechazo hacia las nuevas aplicaciones científicas a la falta de conocimiento de la población. Sin duda esta es una variable importante, pero no explica todo lo que ocurre. Las raíces de estas reservas se encuentran también en un amplio entramado de valores, criterios éticos, imágenes de la naturaleza y estereotipos, que condicionan el balance entre beneficios y efectos indeseados en cada aplicación. En este contexto, la tarea del regulador encargado de sopesar y acomodar los beneficios esperables con las reservas morales y ansiedades, resulta una tarea crecientemente compleja. Un conocimiento de cuáles son las percepciones de la sociedad acerca de determinados avances científicos es, cada vez más, un elemento imprescindible en la toma de decisiones políticas" ⁽¹⁵⁾.

3.2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

"La actitud es, ante todo, un modo de situarse a favor o en contra de determinadas cosas"

D. KATZ y ESTORANA (Psychology, V.3)

Como vimos en la "Introducción", nuestra conducta está condicionada en gran parte por nuestras actitudes, por ello la investigación de estos temas es una de las principales preocupaciones de las Ciencias de la Conducta, siendo su análisis decisivo para evaluar todo desempeño profesional y, por supuesto, el del Personal Sanitario ⁽¹⁶⁾, habida cuenta que las actitudes constituyen, a la postre, la predisposición del individuo a conducirse de un modo o de otro.

Estas actitudes, estrechamente relacionadas con las creencias, conforman los sistemas de valores e ideologías que justifican y explican los planes de acción de un individuo, un grupo o una institución ⁽¹⁷⁾, funcionando como verdaderas "Guías Conductuales" ⁽¹⁸⁾.

Como también hemos visto en el punto 2.3 ("La medición en Ciencias de la Salud") las actitudes son perfectamente medibles y dimensionables ⁽¹⁹⁻²⁰⁾... Así, dado que la POSICIÓN PERSONAL ANTE LA CLONACIÓN es una ACTITUD, es algo perfectamente medible y contrastable; pero -como también se ha dicho en el punto anterior sobre el "Estado de la

Cuestión"- en el tema de la clonación existen fuertes contradicciones, habiéndose generado un DEBATE SOCIAL y CIENTÍFICO áspero y apasionante por lo que nuestra pregunta es simple y a la vez crucial: ¿QUÉ PIENSA O CUÁL ES LA ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO -P.S.- ANTE TODO ESTO?.

Y es que, a nuestro entender, las actitudes del P.S. en este tema cobran un protagonismo especial pues él será, en definitiva, quien realice o no las técnicas de clonación, técnicas que exigen -tal y como recoge la SIBI y la AAAS- reflexión y estudio cuidadoso ⁽²¹⁻²²⁾. No podemos olvidar, además, que se genera una retroalimentación entre las actitudes del P.S. en estos temas y los de la sociedad en general.

No cabe duda de que, como vimos en la Introducción, las sociedades no tienen por qué adoptar tecnologías con las que no se sientan a gusto y los seres humanos deben poderse oponer a lo que no les conviene o agrada, PERO ESTANDO SEGUROS -o razonablemente seguros- DE ELLO, tras su análisis y debate integral y no en base a meros PREJUICIOS, en pro o en contra.

En este marco descrito y en el seno del estado de la cuestión ya analizado, con nuestra tesis pretendemos cubrir los siguientes objetivos:

- CONOCER LAS ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO (P.S) HACIA UN TEMA TAN POLÉMICO Y OBJETO DE DEBATE SOCIAL COMO ES EL DE LA CLONACIÓN HUMANA.
- DELIMITAR, MEDIR Y ANALIZAR TALES ACTITUDES.
- RESEÑAR Y MENSURAR SI TALES ACTITUDES CORRELACIONAN CON POSIBLES PREJUICIOS (EN PRO O EN CONTRA) O "ESTILOS DE PERSONALIDAD PREJUICIOSOS" EN TORNO A ELLA.
- CONSTATAR Y CONTRASTAR CON QUÉ OTRAS VARIABLES PSICOSOCIALES (EN CONCRETO, LAS CREENCIAS Y LA PRÁCTICA RELIGIOSA) PUEDEN CORRELACIONAR TALES ACTITUDES.

Como se trata, como detallaremos en el siguiente capítulo -dedicado a la Metodología-, de un estudio descriptivo-observacional-correlacional no cabe el plantearse hipótesis FORMALES, en el sentido estricto que se da a este concepto en la METODOLOGÍA EXPERIMENTAL ⁽²³⁾.

No obstante ello, sí esbozamos una hipótesis CONCEPTUAL ⁽²⁴⁾, de tipo general, planteada de la siguiente forma: LAS ACTITUDES DEL P.S. HACIA LA CLONACIÓN VARÍAN AL ESTAR CONDICIONADAS POR CIERTAS VARIABLES PSICOSOCIALES

TALES COMO EL TENER O NO UNA PERSONALIDAD PREJUDICIAL Y/O LAS
CREENCIAS RELIGIOSAS.

IV - METODOLOGÍA

"Los anales indican que en la historia de la humanidad la norma consiste en ciclos de avance y retroceso, en este caso de combinación de matemáticas abstractas y medición práctica y luego dar cabezadas y dormirse y olvidarse. El logro intelectual distintivo de Occidente consistió en juntar las matemáticas y la medición y aplicarlas a la tarea de entender una realidad perfectible por los sentidos que los occidentales supusieron de muy buena fe que era temporal y espacialmente uniforme y, por tanto, podía someterse a semejante examen. ¿Por qué logró Occidente que saliese bien lo que era un matrimonio a la fuerza?."

ALFRED W. CROSBY (La medida de la realidad)

4.1.- METODOLOGÍA GENERAL: LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES O DE PREVALENCIA

"La palabra casualidad es una blasfemia; nada bajo el sol sucede por casualidad"
G.E. LESSING (Natham el Sabio)

Los estudios observacionales -entre los que se incluye el nuestro- pueden ser, siguiendo el lenguaje de la metodología investigadora y científica ⁽¹⁾:

- Retrospectivos o estudios de "caso-control".
- Prospectivos o estudios de "cohortes".
- Transversales o estudios de "prevalencia".

a) Estudios de "caso-control":

Son un tipo de estudio que se inicia con la identificación de un grupo de personas con un rasgo determinado, enfermedad, característica psicosocial u otra característica de interés. Este grupo se compara con un grupo de testigos "sanos" (controles). El objetivo es comprobar si un "factor de riesgo" relacionado con el rasgo en estudio se presenta con mayor o menor frecuencia en el grupo de casos o en el de los controles ⁽²⁻³⁾.

b) Estudios de "cohorte":

Son estudios que se basan en la observación, durante un periodo de tiempo, de un grupo de población (cohorte) expuesto a un factor de riesgo. La incidencia de determinadas enfermedades o rasgos en este grupo se compara con la que aparece en otro grupo o cohorte de personas no expuestas al factor de riesgo o al fenómeno psicosocial estudiado ⁽⁴⁾. Por lo tanto, ambas cohortes están compuestas por personas que se incorporan a un grupo u otro en función de su exposición o no a un factor determinado.

Los términos alternativos con los cuales se conoce también a este tipo de estudios ⁽⁵⁾ - de seguimiento, longitudinales o prospectivos - describen la característica esencial del método. En definitiva, la observación de la población estudiada por un número suficiente de años-persona, permite diferenciar la importancia del efecto en forma de incidencia, morbilidad o mortalidad (según el caso).

c) Estudios transversales o de "prevalencia":

Estos estudios se basan en el simple examen de una sección transversal de la población, examinándose la relación entre los fenómenos y otras variables de interés. En contraste con los longitudinales (diacrónicos) los estudios transversales se centran en un momento particular del tiempo (por ello también se llaman sincrónicos).

Los estudios transversales reciben también el nombre de Estudios de Prevalencia, entendiendo por prevalencia la proporción de personas que, en el conjunto de la comunidad y en un momento determinado, presentan la característica estudiada ⁽⁶⁻⁷⁾.

Dado que el trabajo objeto de nuestra tesis constituye un estudio transversal de población, vamos a comentar de forma sucinta la metodología que se sigue en la realización de este tipo de estudios:

1. Determinación de los objetivos concretos: Es imprescindible conocer de antemano qué es lo que se pretende determinar, ya que los objetivos indefinidos producen estudios indefinidos ⁽⁸⁾. También es conveniente, antes de iniciar el estudio, estimar su coste tanto en tiempo como en recursos humanos y materiales.

2. Definición de la población a estudiar: Entendemos por población, en sentido bioestadístico, el conjunto de personas que tienen en común algunas características naturales definidas como puede ser el lugar de residencia, profesión, edad, sexo... En general, los estudios transversales se realizan sobre una muestra de la población y de ésta se extienden conclusiones para el conjunto de la población mediante la estadística inferencial.

3. Tamaño de la muestra: Dependerá de la frecuencia que se espera obtener (si no se conoce el tamaño poblacional) y de la exactitud con que queramos medir dicha frecuencia ⁽⁹⁾. Asimismo es imprescindible fijar el intervalo o nivel de confianza (n.c.) y el error estándar que consideremos aceptable.

Generalmente se utilizan tablas -si se conoce el tamaño poblacional- para elegir la muestra conveniente, dado un intervalo de confianza y un error estándar. Si no se conoce el tamaño poblacional se recurre a fórmulas simples.

4. Formación de la muestra: En este tipo de investigación es preferible la realización de un muestreo aleatorio en el que cada persona o unidad de muestreo elegida tenga la misma probabilidad de ser seleccionada. La muestra también se puede subdividir en estratos según grupos de sexo, edad u otras características particulares ⁽¹⁰⁾. En este caso hablamos de muestra estratificada.

5. Recogida de datos: La información se obtiene a través de instrumentos o cuestionarios ya constituidos o realizados especialmente para esa investigación, o bien con ambos tipos (como es nuestro caso).

6. Análisis de los resultados: En los estudios transversales suelen estimarse los índices de prevalencia en la totalidad de la muestra estudiada (mediante frecuencias absolutas y relativas -porcentajes-) y en los distintos subgrupos que constituyen la muestra... Para establecer inferencias sobre la población se establecen controles

estadísticos tales como las pruebas de fiabilidad de los estadísticos (pruebas de "T" o "F") o las de "chic cuadrado".... de igual modo se suelen estudiar -si se quiere un análisis más fino- las posibles intercorrelaciones y el análisis de las varianzas (ANOVA), por lo que el estudio se convierte en correlacional. Todo ello, lógicamente, precisa un tratamiento informático/estadístico riguroso.

Estrategias de nuestra investigación ⁽¹¹⁾:

Con todo lo visto hasta ahora podemos decir que nuestra investigación se puede definir como **descriptiva ⁽¹²⁾, transversal, muestral y correlacional**.

- Descriptiva, dado que la prevalencia de las actitudes hacia la clonación humana y otros rasgos se distribuyen en relación a factores personales o del medio y eso será analizado y descrito.
- Transversal, dado que se desarrolla en unas coordenadas temporoespaciales prefijadas.
- Muestral, dado que se centra en el estudio de un grupo muestral representativo de la población investigada, con controles.
- Correlacional, dado que el tratamiento estadístico incluye pruebas de correlación y Análisis de Varianza (ANOVA) ⁽¹³⁾.

4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

"La sociedad no son los hombres, sino la unión de los hombres"

MONTESQUIEU (Mis Pensamientos)

Como no podría ser de otra forma, para alcanzar los objetivos antes desglosados y descritos en el Cap. III, mediante la metodología mencionada, se precisa de una población "diana" sobre la que predicar y referenciar los resultados (mediante técnicas estadísticas inferenciales) obtenidos en una muestra concreta de ella que se analiza descriptivamente.

4.2.1.- POBLACIÓN

Las poblaciones dianas que hemos estudiado son las conformadas por el P.S., médicos y enfermeros/as, de los Hospitales Universitarios de Puerta del Mar y de Puerto Real (sin considerar los Ambulatorios y Centros de Salud que aún están adscritos a los Hospitales como plantilla).

La población sanitaria de los Hospitales Universitarios de Puerto Real y Puerta del Mar de la provincia de Cádiz según la relación de sus respectivas administraciones en noviembre

de 2004 -fecha en la que se realizó el muestreo- era de 625 y 1251 sujetos respectivamente.

Los datos de dicha población se consiguieron gracias a la gentil colaboración de los correspondientes Directores Médicos y de Enfermería de los citados hospitales; así accedimos a los listados completos de todo el personal sanitario por lo que se pudo efectuar un exhaustivo análisis de la Población o Universo de nuestro trabajo.

Se trata de una "población viva" ⁽¹⁴⁾ y, como tal, sometida a cambios (altas, bajas, cambio de puesto de trabajo o servicio -sobre todo en el caso de Enfermería-, etc) que se desglosa -por centros- de la siguiente forma:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTA DEL MAR:

Total:	1251	
Sexo:	Varones:	603
	Mujeres:	648
Profesión:	Médicos:	440
	Enfermeros:	811
Prof. Sexo:	Médicos-varones:	303
	Médicos-mujeres:	137
	Enfermeros-varones:	288
	Enfermeros-mujeres:	523

La distribución por grandes áreas es tal y como sigue:

<u>ÁREAS HOSPITAL:</u>	Total:	1251
	Médicos:	440
	Enfermeros:	811
QUIRÚRGICA:	Total:	371
	Médicos:	132

Enfermeros: 234

MATERNAL INFANTIL

Y PEDIÁTRICA: Total: 162

Médicos: 52

Enfermeros: 110

MÉDICA: Total: 378

Médicos: 143

Enfermeros: 231

OTRAS: Total: 355

Médicos: 113

Enfermeros: 236

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL:

Total: 625

Sexo: Varones: 286

Mujeres: 339

Profesión: Médicos: 259

Enfermeros: 366

Prof. Sexo: Médicos-varones: 166

Médicos-mujeres: 93

Enfermeros-varones: 120

Enfermeros-mujeres: 246

La distribución por grandes áreas es tal y como sigue:

ÁREAS HOSPITAL: Total: 625

	Médicos:	259
	Enfermeros:	366
QUIRÚRGICA:	Total:	192
	Médicos:	85
	Enfermeros:	103
MATERNO INFANTIL		
Y PEDIÁTRICA:	Total:	82
	Médicos:	30
	Enfermeros:	51
MÉDICA:	Total:	262
	Médicos:	86
	Enfermeros:	169
OTRAS:	Total:	104
	Médicos:	58
	Enfermeros:	43

Como vemos, el total de ambos hospitales es de 1876 sujetos; en esta población observamos -como suele suceder en otras similares- que el peso femenino en la profesión sanitaria es mayor que el masculino: 52,62% mujeres vs. 47,38% varones.

4.2.2.- MUESTRA

Para nuestra investigación debíamos seleccionar una muestra de esta población diana de sujetos del P.S. homogénea respecto a las características más relevantes del fenómeno a estudiar; para ello hemos seguido un CRITERIO DE SELECCIÓN de tipo estratificado y al azar ponderado con un error estándar máximo permitido del 5% y con un nivel de confianza (n.c.) de 2σ (955 por 1000) lo que indica un grado de significación de $p < 0.05$, habida cuenta de que una probabilidad del 955 por 1000 es más que suficiente ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ en una investigación mediante cuestionarios ⁽¹⁷⁾.

En una muestra finita (para una población menor de 100.000, como es la nuestra) se precisarían 534 sujetos para un muestreo "sin ningún error". Ahora, al 5% y con un n.c. de 2σ (955 por 1000), según la tabla prontuario del HARVARD COLLEGE ⁽¹⁸⁾ y las tablas estadísticas de Arkin y Colton (recogidas en los manuales al uso) se precisarían, para una población de 1876 sujetos, 328 elementos muestrales; ahora bien, como tenemos dos "subpoblaciones" (Hospital Universitario de Puerta del Mar y Hospital Universitario de Puerto Real) y hemos quedado en que el muestreo -para asegurar potencia estadístico/muestral en cada estrato- sería ponderado, necesitamos (para una población de 1251 y 625 sujetos como antes quedó dicho): 249 -119 (48%) varones y 130 (52%) mujeres- y 208 elementos -108 (51,9%) mujeres y 100 (48,01%) varones-, respectivamente.

Para elegir esta muestra, teniendo los listados alfabéticos de toda la población o universo, se efectuó un muestreo ALEATORIO SIMPLE ⁽¹⁹⁾ mediante tablas de dígitos aleatorios (tablas de Fisher and Yates⁻²⁰⁻): Así los listados alfabéticos se enumeraron secuencialmente eligiendo aquellos sujetos cuyo número coincidía con el que aparecía en las tablas de dígitos aleatorios.

En realidad, atendiendo a la posibilidad de que algunos de los sujetos no respondieran, otros fueran invalidados, etc, se eligieron 900 y 500 sujetos respectivamente, es decir, más del triple de la muestra precisa, con la esperanza de conseguir los elementos muestrales necesarios. Así se han conseguido 471 elementos válidos (14 más que los necesarios).

Con la premisa de que, en una muestra de este tamaño -y para esta población- el muestreo aleatorio simple (previamente ponderado, como se ha dicho), mediante tablas aleatorias, suele recoger fielmente la estratificación de la población ⁽²¹⁻²³⁾ -como de hecho ha sucedido-, la muestra final de 471 elementos, ha resultado ser suficientemente representativa para una población de 1876 con un 5% de error máximo y un n.c. de 2σ (955 por 1000); de modo que, en el caso más desfavorable, el error sería (en dos colas y con $p=q=0,5$) de $\pm 2,58\%$. El detalle del reparto por estratos (subgrupos) de la muestra ha sido el siguiente:

	HOSP. PTA. DEL MAR		HOSP. PTO. REAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	257	54,56	214	45,54	471	100
VARONES	119	46,37	96	44,8	215	45,64
MUJERES	138	53,63	118	55,2	256	54,36
DUE VARONES	75	46,01	56	44,8	131	45,48
DUE MUJERES	88	53,99	69	55,2	157	54,52
MÉDICOS VARONES	44	46,8	40	44,9	84	45,9
MÉDICOS MUJERES	50	53,2	49	55,1	99	54,1
TOTAL DUE	163	63,4	125	58,41	288	61,14
TOTAL MÉDICOS	94	36,6	89	41,59	183	38,86
ÁREA MÉDICA	80	31,1	84	39,25	164	34,81
ÁREA QUIRÚRGICA	74	28,79	66	30,84	140	29,72
ÁREA MAT-INFANT.	32	12,45	31	14,48	63	13,37
OTRAS	71	27,62	33	15,42	104	22,08

Además de con esta muestra, hemos trabajado con un grupo/muestra de control, de 200 sujetos de ambos sexos al azar, conformado por Alumnos Sanitarios (Medicina y Enfermería) y No Sanitarios que contestaron voluntariamente a las pruebas (Facultad de Filosofía y Letras e Ingeniería) y Profesores No Sanitarios (Ingeniería y Facultad de Filosofía y Letras) , desglosado del siguiente modo:

	ALUMNOS	PROFESORES	TOTAL
TOTAL	160	40	200
MEDICINA	40	-	40
ENFERMERÍA	40	-	40
F. Y LETRAS	40	20	60
INGENIERÍA	40	20	60

Con todo ello la muestra ha resultado ser de 671 sujetos: 471 "casos" y 200 "controles".

4.3.- MATERIAL E INSTRUMENTOS

"La Ciencia es como la tierra: solo puede poseerse una pequeña parte"

I. NEWTON (Principios matemáticos de filosofía natural)

Como veremos, para no extenuar a la muestra y así dificultar aún más la recogida de datos, hemos tenido necesariamente que seleccionar qué instrumentos íbamos a utilizar de modo que no fueran más de cuatro. Así, el material e instrumentos utilizados para la recogida de datos en esta investigación han sido:

- Una hoja de presentación -confeccionada por nosotros ⁽²⁴⁾-.
- Un cuestionario SOCIODEMOGRÁFICO -de elaboración propia ⁽²⁵⁻²⁶⁾-.
- La Escala F de Adorno (adaptación española de J.L. Pinillos); instrumento psicométrico para medir la personalidad prejuiciosa o autoritaria ⁽²⁷⁾.
- El Inventario de Creencias Religiosas de Raja; instrumento para medir la religiosidad general -no confesional- del sujeto ⁽²⁸⁾, y

- La Escala C: Escala de Actitudes hacia la clonación humana, de elaboración propia
(29).

Todo ello se hizo llegar a los sujetos de la muestra por entrega personal mediante colaboradores, según se pormenorizará en el siguiente apartado. (Un facsímil de este material se adjunta en el anexo).

4.3.1.- HOJA DE PRESENTACIÓN

La "Hoja de Presentación" (ver anexos), usual en las investigaciones mediante cuestionarios o encuestas ⁽³⁰⁻³¹⁾, recoge la presentación y el porqué de la remisión de los cuestionarios al sujeto; asegura reiterativamente la confidencialidad de las respuestas y - de forma sucinta- esboza los objetivos de la investigación. De igual modo, resume las instrucciones generales y la metódica a seguir por el sujeto para refrendar los cuestionarios y remitirlos; instrucciones que, de forma específica, se pormenorizan posteriormente en cada cuestionario.

El tono es correcto y persuasivo, apelando a la participación y a la colaboración sinceras e intentando "captar" ⁽³²⁻³⁴⁾ a la muestra de forma que conteste -y de forma válida- el mayor porcentaje posible.

Una hoja de presentación cordial y persuasiva motiva una mayor participación de los muestreados y reduce el porcentaje de los que no contestan ⁽³⁵⁻³⁸⁾. De hecho, éste es uno de los principales problemas que arrojan las investigaciones mediante cuestionarios y/o encuestas: la desmotivación y el desinterés de la muestra que simplemente no contesta bien por suspicacias o dudas acerca de la confidencialidad, bien por simple "agotamiento" sobre todo si el material a formalizar es prolijo y complicado ⁽³⁹⁾. Precisamente por eso partimos de la premisa de no utilizar más de cuatro cuestionarios -aún "perdiendo" la oportunidad de medir y contrastar otras variables tal vez interesantes, pero arrojando tal riesgo ante el escollo, mayor, de "agotar", como antes dijimos, a la muestra con un exceso de cuestionarios-.

4.3.2. - CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

El cuestionario (ver en anexos) consta de los siguientes datos de carácter sociodemográfico útiles para el tratamiento y análisis de los datos ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾:

SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL ACADÉMICO, CENTRO DONDE TRABAJA, SERVICIO O PUESTO DE TRABAJO, ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL.

Se incluye una pregunta relacionada con la autopercepción que tiene el sujeto acerca de sus conocimientos sobre el tema de la clonación:

- SEGÚN UD. SU NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN SOBRE EL TEMA DE LA CLONACIÓN ES:

1. Escaso o insuficiente.
2. Adecuado o suficiente.

Y una pregunta en relación con si tiene el sujeto algún familiar, allegado o él mismo que podría ser beneficiario de las técnicas de clonación:

- ¿TIENE UD. ALGÚN FAMILIAR, ALLEGADO O UD. MISMO, QUE PODRÍA BENEFICIARSE SANITARIAMENTE CON LAS TÉCNICAS DE CLONACIÓN TERAPÉUTICA?:

1. Sí
2. No

Completándose con dos preguntas en torno a las creencias religiosas:

- ¿ES UD. UNA PERSONA CON CREENCIAS RELIGIOSAS?:

1. Sí
2. No

- ¿SE CONSIDERA UNA PERSONA QUE PONE EN PRÁCTICA SUS CREENCIAS RELIGIOSAS?:

1. Normalmente no.
2. De forma moderada.
3. Normalmente sí.

4.3.3. - LA ESCALA "F"

La Escala F es un cuestionario para detectar las personalidades Prejuiciosas y Autoritarias, fruto de las investigaciones de **Adorno** y su equipo sobre tales rasgos ⁽⁴⁴⁾.

4.3.3.1. - La Personalidad Prejuiciosa o Autoritaria:

El mismo Adorno ⁽⁴⁵⁾ comienza así su obra: "La investigación que va a ser presentada en este volumen ha estado orientada por la siguiente hipótesis principal: que las convicciones políticas, económicas y sociales de un individuo formarán frecuentemente un amplio y coherente patrón, como si estuvieran aglutinadas por una "mentalidad o espíritu" y que ese patrón es una expresión de profundas tendencias de su personalidad. Obviamente, con su interacción social: En la determinación de los prejuicios, como en la determinación de cualquier conducta, concurren un factor social y un factor de personalidad, de modo que, calculando cuidadosamente el peso de cada uno, es como se podrán hacer las más precisas predicciones".

En la Universidad de California, junto a Marcuse, Sanford, Levinson y Frenkel-Bruuswik (todos ellos exiliados judíos-alemanes de la Escuela de Frankfurt) publicó "La Personalidad Autoritaria", verdadero hito en la Psicología y en la Psiquiatría Social, por el compendio enciclopédico de historiales clínicos y entrevistas en profundidad y por los tests y escalas de actitud que aporta.

Se empezó estudiando el prejuicio como rasgo ⁽⁴⁶⁾, se amplió el objetivo analizando el etnocentrismo cuyo estudio condujo a un concepto más amplio aún: "El síndrome autoritario", definido como rasgo individual, es decir, como un conjunto de actitudes o creencias estructuradas ideológicamente unidas a un temperamento tipo y a una forma de carácter ⁽⁴⁷⁾ (rápidamente tal concepto se refirió a aquellos rasgos y dinámica de personalidad que predisponen al fascismo o al nazismo y a la estructura de actitudes-creencias que caracterizan tales mentalidades. Pasarían unos cuantos años para que la idea

de que el autoritarismo cabe también en la izquierda política se hiciera también psicométricamente popular).

Como se habrá adivinado, la inspiración psicoanalítica del modelo teórico de la personalidad prejuiciosa-autoritaria es fuerte, de hecho la hipótesis medular es que "todo prejuicioso-autoritario esconde un yo muy débil, completamente controlado por un potente y estricto superego". De esta dependencia neurótica dimana el convencionalismo, el tradicionalismo, el sometimiento a los poderosos, etc... Ahora bien, la frustración y agresividad consiguiente que esto conlleva se descarga en víctimas inocentes y grupos minoritarios (de ahí el prejuicio, antisemitismo, etc.). El yo débil también explicaría lo rígido y estereotipado del pensamiento autoritario. Adorno, pues, parte de una presunción de neuroticismo en la caracteriología del autoritario ⁽⁴⁸⁾, que considera un **síndrome** con nueve características:

- **Convencionalismo:** Adherencia rígida a las costumbres, usos y valores tradicionales con énfasis exagerado en los "buenos modales" y la urbanidad.
- **Sumisión Autoritaria:** Necesidad emocional exagerada de sometimiento (dependencia, subordinación y obediencia) a otros (líderes) de forma acrítica.
- **Agresión Autoritaria:** Ordenancismo y sometimiento a reglamentos estrictos, disciplina y castigos severos para los que los incumplen.
- **Antiintracepción:** Oposición al libre pensamiento y a la vida emocional afectiva e imaginativa así como a la autoobservación (introspección).
- **Superstición:** Tendencia a dar crédito a las fuerzas misteriosas, sobrenaturales, etc, que "actúan" sobre la sociedad y sobre uno mismo en demérito de la responsabilidad racional.
- **Estereotipo:** Forma de pensamiento poco rigurosa que se sirve de categorías muy simplificadas y rígidas, que acepta los prejuicios como criterio cognoscitivo y que razona sobre la base de inducciones incompletas y rápidas y con dicotomías simples ("blanco-negro", "bueno-malo").
- **Orientación al Poder y a la Terquedad:** Preocupación y admiración por todo lo que se relacione con el poder y por quienes detectan autoridad (poniéndose de su parte), despreciando la "debilidad".
- **Destruktividad y Cinismo:** Similar al mecanismo psicoanalítico de la racionalización o justificación subjetiva de la agresividad.

- **Proyección Sexual punitiva:** De acuerdo con la noción de libido del psicoanálisis, Adorno encuentra en el autoritario una neurótica preocupación por la moralidad pública y un énfasis por el castigo de quienes violan las costumbres sexuales.

En suma, se trataría -según el modelo psicodinámico- de individuos que han sido educados muy estrictamente dentro de una familia cuyo padre es persona dominante y bastante persuadida de su cometido de marido; cuya madre es punitiva y de hecho castiga severamente cualquier desobediencia; desde bastante niños aprendieron, pues, a reprimir los malos pensamientos y a aceptar que los mayores siempre tienen la razón; sus personales discrepancias con el modelo que les ha sido inculcado les resultan angustiosas o, incapaces de afrontarlas directamente, las proyectan sobre otras personas socialmente débiles que pertenecen a grupos minoritarios, de enfermos, raciales, religiosos, culturales o políticos

(49).

4.3.3.2.- Escala Psicométrica:

Para la verificación empírica de este modelo teórico los autores crearon tres escalas que medían separadamente el autoritarismo (escala AS), el etnocentrismo general y los prejuicios (escala E) y el conservacionismo político-económico (escala PEC). Como el modelo suponía que estas tres medidas se acoplaban dentro de una dimensión más general de la personalidad, se construyó la ESCALA F, pensando medir con ella directamente y en su conjunto la base psicológica de toda disposición autoritaria y prejuiciosa; esta última escala F (de "fascismo") llamada también California es la más famosa de las cuatro y ha sido adaptada y traducida a España por el Prof. Dr. D. José Luis Pinillos ⁽⁵⁰⁾, esta adaptación ha sido la utilizada por nosotros.

El formato (ver anexos) consta de unas instrucciones y de 36 ítems tipo Thurstone, con tres opciones (A,B,C): Una claramente autoritaria-prejuiciosa, (generalmente siempre la "A"), otra levemente autoritaria-prejuiciosa (casi siempre la "B") y otra no prejuiciosa ni autoritaria (suele ser la "C"). Ofrece una puntuación general de 0 a 72 indicando mayor autoritarismo-prejuicios a medida que la puntuación es más elevada. Se trata de puntuaciones a nivel de intervalos, con cinco estadios diferenciables:

- NO AUTORITARIO NI PREJUICIOSO:	Puntuaciones de	0 a 24
- LEVEMENTE AUTORITARIO-PREJUICIOSO:	"	25 a 36
- MODERADAMENTE AUTORITARIO-PREJUICIOSO:	"	37 a 48
- BASTANTE AUTORITARIO-PREJUICIOSO:	"	49 a 60
- MUY AUTORITARIO-PREJUICIOSO:	"	61 a 72

Ahora bien, diversos análisis psicométricos evidencian ciertas deficiencias: p.ej. las frases no están en primera persona sino que son enunciados impersonales y están redactadas en la misma dirección actitudinal. Este defecto metodológico produce un sesgo de aquiescencia (que, como veremos, se ha eliminado en nuestra Escala C de actitudes hacia la clonación) ⁻⁵¹⁻⁵³⁻.

Otro problema planteado es el de ¿qué miden en realidad estas escalas?. De hecho la escala F no goza, según los análisis factoriales, de una pureza factorial suficiente...En concreto, mide al mismo tiempo prejuicios, conformismo, aquiescencia, obediencia, sumisión, tradicionalismo moral y agresividad desplazada.

Ahora bien, pese a los defectos comentados, la obra de Adorno comporta una de las mayores aportaciones a la investigación social y una de las mejores técnicas para medir prejuicios, y también xenofobia y etnocentrismo ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾. Actualmente, pues -y pese a las críticas- se advierte casi un respeto "reverencial" a la obra de Adorno ⁽⁵⁷⁾. Salvo en el caso de Robert Altemeyer, quizás el crítico más duro de toda la obra, y que llega a afirmar que la escala F "apenas mide nada medianamente comprensible" ⁽⁵⁸⁾.

Pese a esta encendida crítica y admitiendo los problemas psicométricos planteados, la escala F posee suficientes méritos como para ser utilizada fiablemente ⁽⁵⁹⁾... En este contexto, a tenor de las críticas vertidas sobre la Escala y ante la necesidad de medir los prejuicios de forma científica y objetiva, un grupo de académicos de los EEUU ha diseñado recientemente una nueva prueba -que aún no está en el mercado- para destapar los prejuicios que se esconden en el subconsciente. Ahora bien, la Escala "detecta-prejuicios" de Harvard ⁽⁶⁰⁾ admite su deuda con la Escala F de Adorno.

4.3.4.- INVENTARIO DE CREENCIAS RELIGIOSAS: LA ESCALA "R"

Para medir y contrastar el grado de religiosidad o creencias religiosas -no confesional- de los sujetos hemos utilizado la Escala R de Raja ⁽⁶¹⁾, de reciente elaboración y utilizada con éxito para mensurar las creencias religiosas en diversos colectivos ⁽⁶²⁻⁶³⁾.

Su proceso de elaboración comenzó en marzo de 1997 tras haberse recopilado, a través de una Encuesta de Opinión sobre el "perfil del creyente religioso" que se tuvo que elaborar para tal fin, los criterios que eran necesarios para discriminar entre las personas que se ubican en un extremo de la dimensión Creencia Religiosa (creyente) y el otro (no creyente), independientemente del tipo de confesión religiosa (Islámica, Judía, Cristiana, etc.), que se profesara. Así se consiguieron elementos y criterios que permitían discriminar dentro del concepto de religioso o persona religiosa, incluso, entre la persona que tiene un sistema de creencias religiosas que considera como verdaderas y que como valores están incorporadas a su personalidad influyendo en sus actitudes, manera de comportarse, etc. (Y que se denominaron "creyentes") y, aquella otra, que puede manifestar en determinados momentos y ocasiones actitudes o comportamientos parecidos al de un creyente religioso, pero que en realidad, está más influido por necesidades de pertenencia al grupo, identidad social, satisfacciones personales, etc, que por el valor en sí que dicho sistema de creencias tenga para ella. (Y que se denominaron "creyentes denominativos" ⁻⁶⁴⁻⁶⁶⁻).

La encuesta fue descriptiva, de tipo abierto y de opinión, cuyo modelo se había visto útil, en la revisión literaria ⁽⁶⁷⁾, para el objetivo. Esta encuesta se fue enviando a miembros de diferentes grupos religiosos que preferentemente estuvieran llevando a cabo actividades de profesionalidad o liderazgo religioso, pensando que éstos son los que realmente pueden tener una visión más objetiva de qué actitudes, comportamientos y características definen al "creyente".

Tras haber conseguido 500 encuestas de sujetos de diferentes grupos religiosos, se procedió a una agrupación de los datos en base al criterio de coincidencia de significado ⁽⁶⁸⁾ lo que permitió obtener aquellos que eran más y menos significativos en lo que se define a un "creyente".

Con los datos e ideas obtenidas se diseñó el cuestionario -cuyo facsímil se adjunta como anexo- tras una revisión de las diversas técnicas de elaboración de cuestionarios actitudinales ⁽⁶⁹⁻⁷²⁾. Así se elaboró un cuestionario de papel y lápiz cerrado, tipo Likert ⁽⁷³⁾,

con tres opciones por ítem (A,B,C). El cuestionario consta de unas Instrucciones y los 10 ítems del cuestionario.

Cada ítem ofrece una opción claramente identificativa con la creencia que se tiene y practica, una intermedia y una identificativa con la no creencia. La opción creencia se pondera con +2, la opción intermedia con +1 y la no creencia con 0; así se consigue una puntuación total que puede oscilar de 0 a 20 (en una escala numérica con nivel de intervalos) siendo más creyente el sujeto a medida que su puntuación es mayor.

En un principio se obtuvo una escala de intervalos que resultó ser suficiente sensible, con los siguientes tramos:

- AUSENCIA de creencia religiosa	Puntuación de	0 a 1
- POCO creyente	Id	2 a 6
- Creyente MODERADO "bajo"	Id	7 a 9
- Creyente MODERADO "alto"	Id	10 a 13
- BASTANTE creyente	Id	14 a 17
- MUY creyente	Id	18 a 20

Posteriormente -tras los análisis de datos y correlaciones interescalas- los niveles "no creyente" y "poco creyente" se fundieron en uno solo, quedando de la siguiente manera:

- NO o POCO creyente	Puntuación de	0 a 6
- Creyente LEVE	Id	7 a 9
- Creyente MODERADO	Id	10 a 13
- BASTANTE creyente	Id	14 a 17
- MUY creyente	Id	18 a 20

El Inventario presenta una fiabilidad de 0,85 y una validez de criterio -correlación entre las puntuaciones de la Escala y la autopercepción o criterio subjetivo de religiosidad- de 0,62 ⁽⁷⁴⁾.

4.3.5.- LA ESCALA "C" -CUESTIONARIO DE ACTITUDES DEL P.S. HACIA LA CLONACIÓN HUMANA

Para poder medir y analizar las actitudes hacia la clonación -a la postre, objetivo nuclear de nuestra investigación- hemos diseñado, elaborado y validado psicométricamente una Escala, la Escala "C" ⁽⁷⁵⁾ -Escala de Actitudes del P.S. hacia la Clonación- que ha resultado ser suficiente y adecuadamente fiable, válida y sensible ⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾.

4.3.5.1.- Elaboración:

Los PASOS seguidos en la elaboración de la Escala "C" han sido ⁽⁷⁸⁾:

- 1.- Revisar la bibliografía sobre la clonación en sus aspectos biológicos, biomédicos, filosóficos, antropológicos, psicosociales, bioéticos y morales, manejándose 114 trabajos -libros, artículos, monografías...- que citamos en la bibliografía por su indudable interés y relevancia en el tema de la clonación ⁽⁷⁹⁻¹⁹²⁾.
- 2.- Así recopilamos una primera batería de 167 posibles ítems, sometida a una primera revisión: eliminando los reiterativos y desglosando los que tenían más de una pregunta.
- 3.- De este modo, elaboramos un panel de 203 preguntas (112 a favor y 92 en contra de la clonación) en 14 Bloques Conceptuales/Factores, al que efectuamos una reducción semántica ⁽¹⁹³⁾ al refundir y/o aglutinar las similares y suprimiendo las de elevado contenido filosófico no adecuadas para la población de P.S.
- 4.- De esta forma estructuramos el primer borrador del cuestionario con 91 ítems, que fue sometido a una revisión lingüística y de estilo por profesores del Departamento de Lingüística, eliminándose así 10 ítems.
- 5.- Así las cosas, conformamos el Cuestionario Piloto con 81 ítems, tipo Likert (posiblemente el más adecuado desde un punto de vista psicométrico ⁻¹⁹⁴⁻¹⁹⁷⁻), de tres opciones, que se aplicó inicialmente a 108 sujetos (alumnos de Ciencias de la Salud y P.S.) y, posteriormente, tras los tratamientos de rigor a otra muestra similar de 63 sujetos.
- 6.- Tras la aplicación Piloto, se procedió a la corrección y tratamiento estadístico, con el Programa Informático SPSS versión 11.5, en el proceso de Fiabilización y Validación.

4.3.5.2.- El Cuestionario Definitivo:

El cuestionario de Actitudes del Personal Sanitario ante la Clonación, bautizado por nosotros de forma elíptica como "ESCALA C", ha quedado, pues, con el formato definitivo que se ofrece como Anexo .

Se trata, como hemos venido diciendo en reiteradas ocasiones, de una Escala de Actitudes de "papel y lápiz" y autoaplicable tipo Likert, con 59 ítems de tres opciones.

Psicométricamente hablando sus características y propiedades son:

- FIABILIDAD: Calculada mediante el método "PAR-IMPAR" presenta un coeficiente de fiabilidad del 0,975: correlación (r^2) Par-Impar de 0,952 a la que se le aplica la fórmula de Spearman Brow ($2 \times 0,952 / 1 + 0,952$). Se trata de un elevadísimo coeficiente de fiabilidad, habida cuenta que -para estos menesteres- ya se considera suficiente si es mayor a 0,80 ⁽¹⁹⁸⁾. De igual modo, su ÍNDICE DE FIABILIDAD ⁽¹⁹⁹⁾ es de 0,987.

- VALIDEZ: La prueba goza de una notoria VALIDEZ APARENTE, según lo cual significa que parece medir lo que dice medir ⁽²⁰⁰⁾. De igual modo presenta una adecuada VALIDEZ DE CONTENIDO habida cuenta que se ha construido tras elaborar un panel o yacimiento de posibles preguntas obtenido tras una muy abundante revisión de la literatura sobre la clonación en sus aspectos biológicos, biomédicos, éticos, morales, legales, psicológicos, antropológicos...⁽²⁰¹⁻²⁰²⁾ lo que se ha traducido en 59 ítems significativamente discriminativos.

También presenta una adecuada VALIDEZ DE CONSTRUCTO (ESTRUCTURAL) ⁽²⁰³⁻²⁰⁴⁾ al haberse estructurado en un principio en 14 bloques conceptuales (más uno transversal) de los que se han aislado definitivamente 10 FACTORES, razonablemente independientes, más uno transversal.

La relación de FACTORES, con su coeficiente de correlación con el total y los ítems que los constituyen, se ofrecen a continuación; como vemos, el coeficiente de correlación menor (pero suficientemente válido) lo obtiene el FACTOR 5 (icon un solo ítem!) con un r^2 de 0,48, estando todos los demás por encima de 0,65.

1.- En los primeros estadios el embrión no es un ser humano (lo cual correlaciona con el concepto de "preembrión"), **luego no es persona, ni sujeto de derechos.**

A FAVOR: 1, 6, 17, 20, 28, 37, 49.

EN CONTRA: 3, 7, 12, 14, 15, 32, 35, 53.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,87.

2.- La libertad de investigación y de avanzar científicamente está por encima de todo y no se debe reprimir, (principio de la libertad absoluta de la ciencia y de la experimentación). Prelación del derecho al progreso.

A FAVOR: 16, 29, 43, 45, 52.

EN CONTRA: 27.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,79.

3.- La clonación, incluso la reproductiva, se justifica por sus fines (utilitarismo), de modo que la utilización de embriones es un mal menor, asumible por los bienes que reporta o reportará... sobre todo si son sobrantes.

A FAVOR: 4, 11, 18, 21, 22, 23, 24, 26, 44, 54

EN CONTRA: 2, 39, 40, 42 .

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,91.

4.- El derecho reproductivo y/o el derecho a la salud están por encima del derecho del embrión, sobre todo si es supernumerario o sobrante. (Jerarquía o prelación de derechos).

A FAVOR: 8, 10, 19.

EN CONTRA: 9, 31.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,82.

5.- La clonación humana es una veterinización del ser humano y, como tal, algo degradante.

EN CONTRA: 58.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,48.

6.- La clonación no es mala en sí, depende de las intenciones o de su utilización.

EN CONTRA: 59.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,67.

7.- Prohibir la investigación en clonación humana es propio del fanatismo (ideológico o religioso -ayatolás-) y contrario al progreso.

A FAVOR: 13, 30, 56, 34

EN CONTRA: 36, 50.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,79.

8.- En el tema de la clonación nos encontramos con una contradicción, sino con una verdadera hipocresía, en ambas opciones, pues incluso a nivel legal se admite el aborto, las técnicas de FIVTE -con sus embriones sobrantes- sin hablar de genocidios,

guerras y pena de muerte (muchos autores apuntan aquí a los EEUU) y, **sin embargo, se prohíbe o se ponen cortapisas a la clonación....** En el otro extremo, en sectores "progresistas" se polemiza y se rasgan las vestiduras ante el tema de las plantas transgénicas y no ante el de la clonación humana.

A FAVOR: 5, 38, 48.

EN CONTRA: 41, 57.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,73.

9.- El miedo o la inquietud ante la clonación humana es fruto de una respuesta irracional y emotiva y no de una reflexión racional o científica.

A FAVOR: 47, 55.

EN CONTRA: 25, 33.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,73.

10.- Diferenciar clonación reproductiva y terapéutica es una verdadera trampa verbal y una hipocresía para calmar y aliviar las conciencias; además, una llevará a la otra.

EN CONTRA: 46, 51.

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,70.

11.- TRANSVERSAL: CLONACIÓN REPRODUCTIVA

A FAVOR: 8 (factor 4), 11 (factor 3), 18 (factor 3), 55 (factor 9).

EN CONTRA: 33 (factor 9), 40 (factor 3), 46 (factor 10), 51 (factor 10), 57 (factor 8).

CORRELACIÓN (r^2) CON EL TOTAL: 0,80.

-También presenta una más que adecuada CONSISTENCIA INTERNA pues se han eliminado todas aquellas posibles preguntas o ítems no discriminativos, puesto que no presentaban un coeficiente de correlación ítem-escala significativo al n.c del 95%-, esto es, de dos sigmas, con una p menor al 0,005 por mil y un error estimado estándar de un 5% máximo ⁽²⁰⁵⁾ -.

Bajo esta perspectiva, debemos aclarar que tales ítems se han desechado no porque no fueran "interesantes" o fueran "incorrectos"... sino tan solo porque no han resultado SER DISCRIMINATIVOS a efectos de la escala por la sencilla razón de que, en la aplicación piloto, la muestra piloto ha respondido sistemática y mayoritariamente hacia una opción determinada, lo que significa que -al margen de que se esté o no a favor de la clonación -

existe un CLARO CONSENSO en responder a ese ítem de esa forma, pues se comparte la actitud con ese punto ⁽²⁰⁶⁾.

Claros ejemplos de lo dicho son los siguientes ítems del cuestionario piloto:

- 13: En la clonación ha habido un cambio de actitudes utilitarista, puesto que siempre se ha reconocido el derecho a la protección de los embriones prohibiéndose su manipulación; sin embargo, cuando se ha descubierto la enorme utilidad que se podría obtener es cuando se pide que se permita investigar con ellos y poder manipularlos.

En este ítem más del 70% de la muestra piloto contestó la opción A (lo consideró cierto o estaba de acuerdo), al margen de su opción hacia la clonación, lo que se traduce en que mayoritariamente se admite el cambio de actitudes por criterios utilitaristas (lo cual no significa "per se" que este utilitarismo sea malo).

- 65: Si se promulgan leyes que permitan y regulen la clonación en cualquiera de sus acepciones (terapéutica/reproductiva) los científicos y sanitarios deben tener el derecho a la objeción de conciencia, como en el caso del aborto.

Aquí el consenso es casi unánime: ¡el 88,9%! de la muestra piloto está a favor del derecho a la objeción de conciencia en este tema... (estén a favor o no de la clonación) luego esto es algo que deben conocer y tener en cuenta los juristas si se regula la clonación. De hecho, ha sido el ítem del cuestionario piloto que más unanimidad ha obtenido.

- 71: La clonación humana, incluida la terapéutica, plantea un profundo dilema moral y no un mero rechazo irracional.

En la línea de lo anterior casi un 73% de la muestra piloto admite que en el tema de la clonación se plantea un profundo dilema moral.

Como en nuestra Escala intentamos discriminar al P.S. a favor o en contra de la clonación, los ítems no discriminativos (de los cuales, los citados son un ejemplo) no aportan nada a la Escala pues no discriminan a los que están a favor o en contra de la clonación.

En el otro extremo, los ítems más discriminativos, esto es, que mejor diferencian a la muestra, han sido los siguientes:

- 31: *Se debe permitir la clonación terapéutica puesto que salvará vidas humanas y mejorará la sociedad.*
- 25: *Es discutible si un embrión de 6 días es un ser humano o no, pero lo que sí está claro es que una persona enferma de Diabetes o Parkinson sí lo es... luego la opción es clara: isí a la clonación terapéutica!.*
- 48: *Una cosa es la prudencia ante la clonación y otra la intransigencia, por ello debe regularse legalmente, adaptándose a la realidad, y no meramente prohibirse.*
- 59: *Es legítimo el usar embriones en clonación terapéutica bajo el principio moral del mal menor, sobre todo en el caso de embriones sobrantes de técnicas de fertilización in vitro.*

De igual modo los FACTORES más discriminativos han resultado ser:

- 3: *La clonación (incluso la reproductiva) se justifica por sus fines (utilitarismo).... (la utilización de embriones es un mal menor asumible por los bienes que reporta... sobre todo si son sobrantes).*
- 1: *en los primeros estadios el embrión no es un ser humano -concepto de preembrión-, luego no es persona, ni sujeto de derechos.*

Ambos conforman los bloques de preguntas que podríamos calificar como más polémicos o que generan opiniones más encontradas...

BAREMOS

De igual modo, una vez establecida la tipificación ⁽²⁰⁷⁻²⁰⁸⁾, los baremos han quedado establecidos de la forma siguiente:

- * Se trata de una Escala cuantitativa a lo largo de un continuum bipolar con 2 extremos (totalmente en contra y totalmente a favor de la clonación) y un punto intermedio de completa indecisión:

- 59 -----0----- + 59

TOTALMENTE	INDECISIÓN	TOTALMENTE
A	ABSOLUTA	EN
FAVOR		CONTRA

* Para el procesamiento informático de los datos, tratamiento estadístico etc, se traslada linealmente a una escala sin puntuaciones negativas

59 -----119----- 178

TOTALMENTE	INDECISIÓN	TOTALMENTE
A	ABSOLUTA	EN
FAVOR		CONTRA

Estas puntuaciones han agrupado en los siguientes intervalos, ajustados a la curva normal ⁽²⁰⁹⁻²¹⁰⁾ :

TOTALMENTE EN CONTRA:	164-177
MODERADAMENTE EN CONTRA:	137-163
	(levemente a favor: 119-136)
INDECISO:	101-136
	(levemente en contra: 101-118)
MODERADAMENTE A FAVOR:	74-100
TOTALMENTE A FAVOR:	59-73

4.4.- DISEÑO, RECOGIDA DE DATOS Y CALENDARIO

"La Ciencia es el conocimiento organizado y diseñado"
H. SPENCER (Principios de Biología)

Una vez, pues, elaborada la ESCALA C, recopilados los instrumentos (demás Escalas e Inventarios) y ultimado el muestreo, se procedió a la edición del material que habría que conformar la "batería" de pruebas, más la hoja general de presentaciones.

A cada sujeto que formaba parte de la muestra -recordemos que se seleccionó el triple de los, en realidad, necesarios- se le entregó la batería de pruebas en un sobre, con unas breves instrucciones para facilitarle la realización y provocar la motivación precisa con la idea tanto de lograr su correcta aplicación como su correcta cumplimentación; dentro del sobre iba también otro sobre para que el sujeto, una vez cumplimentadas las pruebas, las introdujera en él y las dejara dentro de él en cada Servicio o Control de Enfermería hospitalario, o en la Conserjería o Decanato de su Centro (en el caso de los controles), de forma anónima, según se pormenorizaba en las instrucciones.

A medida que se iban recogiendo los sobres, se iban enumerando -para su control- todas las pruebas de cada sujeto con el mismo dígito, según el orden natural de recogida. Asimismo se iban corrigiendo con las plantillas al respecto y comparándolas con las

puntuaciones obtenidas en cada Escala, eliminando aquellos que estaban incompletos o mal cumplimentados.

Así de cada sujeto hemos obtenido:

- Una serie de datos psicosociales: Sexo, Edad, Estado Civil, Nivel Académico, Centro de Trabajo, Servicio o Puesto, Antigüedad en el Ejercicio Profesional, Autopercepción sobre sus Conocimientos y Formación en el tema de la Clonación, Si tiene o no familiares, allegados o él mismo que podrían beneficiarse con las técnicas de clonación, Si se considera una persona con Creencias Religiosas y Si se considera que Practica sus Creencias.
- Sus respuestas en la Escala "F", lo que nos indica su nivel de Prejuicios/autoritarismo.
- Sus respuestas en el Inventario de Creencias Religiosas (Escala "R"), lo que nos indica su nivel de religiosidad no confesional.
- Sus respuestas en la Escala "C", lo que nos indica sus actitudes hacia la Clonación humana, en general y en diversos subfactores.

El CALENDARIO fue el siguiente:

- En diciembre de 2002 comenzamos el proceso de elaboración del panel o banco de ítems representativo para elaborar la Escala C que finalizó en agosto de 2003.
- En agosto de 2003 elaboramos el primer borrador del Cuestionario y se llevó a cabo la revisión lingüística.
- El Cuestionario "Piloto" se aplicó de septiembre a noviembre de 2003 y el tratamiento estadístico se efectuó de enero a marzo de 2004.
- El proceso de la fiabilización y validación se efectuó de abril a septiembre de 2004.
- En noviembre de 2004 fue aprobado el Proyecto de Tesis tanto por el Departamento pertinente cuanto por la Comisión de Doctorado de la UCA, concretándose asimismo las pruebas que iban a ser utilizadas como instrumentos de recogidas de datos.
- En diciembre de 2004 se editó la batería y las hojas de instrucciones, mientras tanto se obtuvieron los listados definitivos de la muestra.
- De diciembre de 2004 a mayo de 2005 se aplicó la batería, efectuándose la recogida de datos -mientras tanto, en mayo de 2005 se superó la prueba del DEA- (Diploma de Estudios Avanzados) .
- De junio a septiembre de 2005 se introdujeron los datos obtenidos en el programa informático y se procesaron.

- A finales de diciembre de 2005 se comenzaron a obtener los listados con los resultados tratados y se inició el análisis de los datos.
- A partir de ese momento iniciamos la elaboración literaria del trabajo, sin contar obviamente, las revisiones bibliográficas, elaboraciones de fichas, etc, que desde el mes de febrero de 2003 se habían llevado a cabo paralelamente -unido a ese trabajo se realizó la confección de las tablas y gráficos-.

4.5.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS

"Si desea vd. convertirse en un auténtico hombre de ciencia y no en un mero experimentador, mi consejo es que se consagre a todas las ramas de la filosofía natural, comprendidas naturalmente, las Matemáticas"

M. SHELLEY (Frankenstein. El nuevo Prometeo)

Los resultados obtenidos, una vez corregida la batería de pruebas, han sido sometidos al siguiente tratamiento de datos ⁽²¹¹⁾ mediante el programa informático / estadístico SPSS 11.5 ⁽²¹²⁻²¹⁵⁾.

1. Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) y porcentajes (valores relativos) en cada opción de los datos del "Cuestionario Sociodemográfico".

Así se recoge como se decanta la muestra total en las alternativas de cada opción:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Nivel Académico y Profesional
- Centro donde se trabaja
- Servicio o puesto de trabajo hospitalario

- Antigüedad en el ejercicio profesional
- Nivel subjetivo autoevaluativo de conocimientos y formación sobre el tema de la clonación
- Tener o no algún familiar, allegado -o uno mismo- que podría beneficiarse con las técnicas de clonación terapéutica
- Autopercepción de si se es una persona con creencias religiosas
- Ídem de la puesta en práctica de las creencias religiosas

1.1.- Una vez analizadas las alternativas de la opción "**edad**", se agruparon las frecuencias en los siguientes intervalos:

- Más de 60 años
- De 51 a 60 años
- De 41 a 50 años
- De 31 a 40 años
- Igual o menos de 30 años

1.2.- Una vez analizadas las alternativas de la opción "**estado civil**" se agruparon las frecuencias en:

- Soltero
- Casado o similar (pareja de hecho)
- Viudo o separados

1.3.- Una vez analizadas las alternativas de la opción "**nivel académico y profesional**" se han agrupado las frecuencias en las siguientes posibilidades:

- Doctor
- Especialista
- Profesor
- Licenciado o similar
- Diplomado o similar
- Alumno

1.4.- Una vez analizadas las alternativas de la opción "**servicio o puesto de trabajo**" se han agrupado las frecuencias en las siguientes posibilidades:

- Área médica
- Área quirúrgica
- Área materno-infantil

- Otras áreas

1.5.- Una vez analizadas las alternativas de la opción **"antigüedad en el ejercicio profesional"** se han agrupado las frecuencias en las siguientes posibilidades:

- Más de 20 años
- De 11 a 20 años
- Igual o menos de 10 años

1.6.- La opción sobre la autopercepción del **"nivel de práctica religiosa"** se ha desglosado en las siguientes alternativas:

- Normalmente sí
- De forma moderada
- Normalmente no

1.7.- Las demás opciones no destacadas aquí se desglosaron de forma natural.

2.- Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) y de los porcentajes (valores relativos) en cada opción de cada ítem del "Cuestionario Sociodemográfico".

El proceso de tratamiento informático de los datos ha sido:

1. Realización de los cuestionarios (formato informático). ("TESIS.QUES").
2. introducción de los datos en los cuestionarios ("TESIS.REC").
3. Verificación de errores en la introducción de los datos y determinación de los mismos.
4. Corrección de los errores.
5. Segunda verificación de errores.
6. Segunda corrección de errores.
7. Determinación de frecuencias (valores absolutos y relativos) de las respuestas de los ítems del "cuestionario sociodemográfico" globales y por subgrupos.
8. Determinación de los resultados globales y por subgrupos (valores absolutos y relativos) en la "Escala C", en la "Escala F" y en la "Escala R".
9. Realización de pruebas estadísticas -según su caso- de análisis descriptivo (Desviación típica, Media, Mediana) e inferencial ("Chi" cuadrado, H, F de Snedecor y T de Student).

3.- Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) y de los porcentajes (valores relativos) en cada opción de cada ítem del "Cuestionario Sociodemográfico" en toda la muestra. (Tónica general/Todos).

3.1.- Ídem en cada subgrupo:

- Sexo: Varón / Mujer.
- Edad: > 60 / 51-60 / 41-50 / 31-40 / ≤ 30.
- Estado Civil: Soltero / Casado o similar / Viudo o separado.
- Nivel Académico y Profesional: Doctor / Especialista / Profesor / Licenciado o similar / Diplomado o similar / Alumno.
- Servicio o Puesto de Trabajo: Área Médica / Área Quirúrgica / Área Materno Infantil / Otras Áreas (en el subgrupo de "otras áreas " se han englobado las restantes áreas).
- Antigüedad profesional: Más de 20 / 11-20 / igual o menos de 20.
- Según Ud. su nivel de conocimiento y formación sobre el tema de la clonación es: Escaso o Insuficiente / Adecuado o Suficiente.
- ¿Tiene Ud. algún familiar, allegado o Ud. mismo, que podría beneficiarse sanitariamente con las técnicas de clonación terapéutica?: Sí / No.
- Se considera una persona que pone en práctica sus creencias religiosas: Sí normalmente / Practicante moderado / No practicante.

3.2.- Ídem en cada una de las siguientes categorías:

- Hospital Universitario Puerta del Mar vs. Puerto Real.
- Personal Sanitario (con alumnos) vs. Personal no Sanitario (con alumnos).
- Médicos (con alumnos de Medicina) vs. Enfermeros (con alumnos de Enfermería).

3.3.- A todo ello se le une la media (\bar{X}) y la desviación típica (σ) en cada subgrupo en las Escalas "F", "R" y "C". Los resultados en cada escala se desglosan también en subgrupos, como quedó indicado en cada escala, a saber:

	<u>Puntuaciones</u>
Escala F:	
- Muy prejuicioso	(61-72)
- Bastante prejuicioso	(49-60)
- Moderadamente prejuicioso	(37-48)
- Levemente prejuicioso	(25-36)
- Nada prejuicioso	(0-24)
Escala R:	
- Muy creyente	(18-20)
- Bastante creyente	(14-17)
- Moderadamente creyente	(10-13)

	- Levemente creyente	(7-9)
	- Nada creyente	(0-24)
Escala C:	- Totalmente en contra	(164-178)
	- Moderadamente en contra	(137-163)
	- Indeciso	(101-136)
	- Moderadamente a favor	(74-100)
	- Totalmente a favor	(59-73)

3.4.- Ídem en cada uno de los Factores (subescalas) de la Escala "C":

- Factores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

4.- Obtención de las puntuaciones Medias (\bar{X}) y las Desviaciones Típicas (σ_x) y de la prueba de Significación de Diferencias de Medias (T o F) o ANOVA (según fueran 2 ó más categorías en cada variable) en la Escala F, en toda la muestra.

4.1.- Ídem en cada subgrupo, según el "cuestionario sociodemográfico" tal y como se desglosa en los puntos "3.1" y "3.2".

4.2.- Ídem en cada intervalo, según los "niveles de creencia religiosa" de la Escala R.

4.3.- Ídem en cada intervalo, según los "niveles de estar a favor o no de la clonación" de la Escala C.

5.- Obtención de las puntuaciones Medias (\bar{X}) y las Desviaciones Típicas (σ_x) y de la prueba de Significación de Diferencias de Medias (T o F) o ANOVA (según fueran 2 ó más categorías en cada variable) en la Escala R, en toda la muestra.

5.1.- Ídem en cada subgrupo según el "cuestionario sociodemográfico" tal y como se desglosa en los puntos "3.1" y "3.2".

5.2.- Ídem en cada intervalo, según los "niveles de prejuicio en la Escala F".

5.3.- Ídem en cada intervalo, según los "niveles de estar a favor o en contra de la clonación" de la Escala C.

6.- Obtención de las puntuaciones Medias (\bar{X}) y las Desviaciones Típicas (σ_x) y de la prueba de Significación de Diferencias de Medias (T o F) o ANOVA (según fueran 2 ó más categorías en cada variable) en la Escala C, en toda la muestra.

6.1.- Ídem en cada subgrupo según el "cuestionario sociodemográfico" tal y como se desglosa en los puntos "3.1" y "3.2".

6.2.- Ídem en cada intervalo, según los "niveles de prejuicio en la Escala F".

6.3.- Ídem en cada intervalo, según los "niveles de creencia religiosa" de la Escala R.

7.- Obtención de las puntuaciones directas (valores absolutos) y de los porcentajes (valores relativos) en el "Cuestionario de Actitudes hacia la Clonación " en toda la muestra. (Muestra total -"Todos"-).

8.- Obtención de las Puntuaciones Directas (valores absolutos) Medias (\bar{X}) y las Desviaciones Típicas (σ_x) (con la prueba de Diferencias de medias (T o F) o ANOVA - en su caso- y de los porcentajes (valores relativos) en cada Factor de la Escala C en el total de la muestra y en las categorías descritas en "3.1" y "3.2".

9.- Obtención de las pruebas de significación ("Chi" cuadrado al n.c > ó = 95%, aunque también se ofrece al 90%) para todos los datos anteriores, en cada ítem y en cada subgrupo, en los porcentajes (valores relativos) -a veces con la corrección de Yates-.

9.1.- En el caso de las Medias (\bar{X}) y Desviaciones Típicas (σ_x) -como ha quedado dicho- se han calculado las pruebas de Significación de Diferencias de Medias (T ó F) o ANOVA -si eran más de dos categorías-.

10.- Obtención de las correlaciones de Pearson (r^2) interescalas en todos los subgrupos, y su significación ⁽²¹⁶⁾.

10.1.- Escalas "C" y "F".

10.2.- Escalas "C" y "R".

10.3.- Escalas "F" y "R".

V - RESULTADOS

"Quitad el número de todas las cosas y todas las cosas perecen. Quitad el cálculo del mundo y todo queda envuelto en oscura ignorancia, y tampoco el que no sabe calcular se distinguirá del resto de los animales".

SAN ISIDORO DE SEVILLA (Etimologías)

5.1.- GUÍA

En las siguientes páginas expondremos mediante TABLAS Y GRÁFICOS los resultados obtenidos tras la corrección de los Cuestionarios y Escalas en toda la muestra ("Total") y en los diversos subgrupos muestrales una vez efectuados también los pertinentes análisis estadísticos antes descritos.

5.2.- TABLAS

Se representan en tablas los siguientes datos:

- a) Resultados globales de los Rasgos Sociodemográficos Psicosociales de la Muestra Total ("Todos") y su reparto en frecuencias absolutas y relativas en los diversos subgrupos muestrales (Tabla 1).
- b) Resultados según los diversos subgrupos muestrales en las diversas alternativas sociodemográficas y psicosociales según los "datos de cabecera", tanto en valores absolutos cómo en relativos (Tablas 2 a 18).
- c) Resultados globales en la muestra total ("Todos") en el Cuestionario de Actitudes hacia la Clonación (Escala C), ítem a ítem, con los valores absolutos y relativos en cada opción de cada ítem (Tabla 19).
- d) Resultados globales en la muestra total ("Todos") de cada subgrupo o Factor de la Escala C (Tabla 20).

e) Resultados según los diversos subgrupos muestrales en los diversos Factores o Subescalas de la Escala C (Tablas 21 a 34).

f) Matriz de correlaciones (r^2) de las Escalas C con F y con R F con R (Tabla 35)

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “TODOS”**TABLA 1**

		N	%	TOTAL
SEXO	VARÓN	296	44,1	671
	MUJER	375	55,9	
EDAD	> 60	9	1,3	671
	51-60	62	9,2	
	41-50	215	32,0	
	31-40	166	24,7	
	≤ 30	219	32,6	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	255	38,0	671
	CASAD. / SIMILAR	365	54,4	
	VIUDO / SIMILAR	51	7,6	
NIVEL ACADÉMICO	DOCTOR	75	11,2	671
	ESPECIALISTA	99	14,8	
	PROFESOR	40	6,0	
	LCDO. O SIMILAR	9	1,3	
	DPDO. O SIMILAR	288	42,9	
	ALUMNO	160	23,8	
CENTRO DE TRABAJO	HOSPITALES	471	70,2	671
	FAC. F. y L.	60	8,9	
	ESC. SUP. ING.	60	8,9	
	MEDIC./C.C SALUD	80	12,0	
HOSPITALES	PTA. DEL MAR	257	54,56	471
	PTO. REAL	214	45,43	
SERVICIO HOSPITALARIO	ÁREA MÉDICA	164	24,4	471
	ÁREA QUIRÚRG.	140	20,9	
	MAT.- INFANTIL	63	9,4	
	OTRAS	104	15,5	
SANITARIO O NO SANITARIO	SÍ	551	82,1	671
	NO	120	17,9	
MEDICINA VS ENFERMERÍA	MEDICINA	223	40,47	551
	ENFERMERÍA	328	59,52	
ANTIGÜEDAD	> 20 AÑOS	159	23,7	511
	11-20	214	31,9	
	≤ 10	138	20,6	
CONOC. CLONAC.	ESCASO O INSUF.	454	67,7	671
	ADECUADO O SUF.	217	32,3	
FAM. BENEFIC.	SÍ	127	18,9	671
	NO	544	81,1	
CREENCIAS RELIG.	CREYENTE	474	70,6	671
	NO CREYENTE	197	29,4	

PRACTICANTE	SI NORMALMENTE	135	20,1	671
	PRACTICANTE MODERADO	261	38,9	
	NO PRACTICANTE	275	41,0	
ESCALA "F"		\bar{X} 4,39	σx 0,74	671
ESCALA "R"		\bar{X} 2,95	σx 1,31	671
ESCALA "C"		\bar{X} 115,18	σx 24,81	671
FACTOR 1		\bar{X} 30,45	σx 7,67	671
FACTOR 2		\bar{X} 11,55	σx 3,15	671
FACTOR 3		\bar{X} 27,36	σx 5,99	671
FACTOR 4		\bar{X} 9,76	σx 2,65	671
FACTOR 5		\bar{X} 1,85	σx 0,77	671
FACTOR 6		\bar{X} 1,99	σx 0,76	671
FACTOR 7		\bar{X} 11,64	σx 2,93	671
FACTOR 8		\bar{X} 8,83	σx 2,14	671
FACTOR 9		\bar{X} 8,08	σx 1,98	671
FACTOR 10		\bar{X} 3,67	σx 1,26	671
FACTOR 11		\bar{X} 19,04	σx 3,70	671
ESCALA "F"	NO PREJUICIOSO	348	51,9	671
	LEVEM. PREJUICIOSO	250	37,3	
	MODERAD. PREJUICIOSO	59	8,8	
	BASTANTE PREJUICIOSO	13	1,9	
	MUY PREJUICIOSO	1	0,1	
ESCALA "R"	NO CREYENTE	120	17,9	671
	LEVEM. CREYENTE	102	15,2	
	MODERAD. CREYENTE	181	27,0	
	BASTANTE CREYENTE	163	24,3	
	MUY CREYENTE	105	15,6	
ESCALA "C"	TOT. A FAVOR	17	2,5	671
	MODER. A FAVOR	185	27,6	
	INDECISO	343	51,1	
	MODER. EN CONTRA	87	13,0	
	TOTALM. EN CONTRA	39	5,8	

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”

TABLA 2: SEXO

	<u>VARÓN</u>		<u>MUJER</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
<u>TODOS</u>	296	44,1	375	55,9	671	
> 60	6	2,0	3	0,8	9	χ^2 : 31,97 p: 0,000 ^(*)
51-60	37	12,5	25	6,7	62	
41-50	115	38,9	100	26,7	215	
31-40	71	24,0	95	25,3	166	
≤ 30	67	22,6	152	40,5	219	
SOLTERO	89	30,1	166	44,3	255	χ^2 : 14,32 p: 0,001 ^(*)
CASAD. / SIMIL.	183	61,8	182	48,5	365	
VIUDO / SIMIL.	24	8,1	27	7,2	51	
DOCTOR	39	13,2	36	9,6	75	χ^2 : 36,39 p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA.	38	12,8	61	16,3	99	
PROFESOR	31	10,5	9	2,4	40	
LCDO. O SIMIL.	7	2,4	2	0,5	9	
DPDO. O SIMIL.	131	44,3	157	41,9	288	
ALUMNO	50	16,9	110	29,3	160	
HOSPITALES	215	72,6	256	68,2	471	χ^2 : 32,07 p: 0,000 ^(*)
FAC. F. y L.	30	10,1	30	8,0	60	
ESC. SUP. ING.	37	12,5	23	6,1	60	
MEDIC./C.C SALUD	14	4,7	66	17,6	80	
PTA. DEL MAR	119	55,3	138	53,9	257	
PTO. REAL	96	44,7	118	46,1	214	χ^2 (Yates): 0,04 p: 0,082
A. MÉDICA	75	34,9	89	34,8	164	χ^2 : 1,94 p: 0,585
A. QUIRÚRGICA	68	31,6	72	28,1	140	
MAT.- INFANTIL	24	11,2	39	15,2	63	
OTRAS	48	22,3	56	21,9	104	
SÍ SANITARIO	229	77,4	322	85,9	551	χ^2 (Yates): 7,57 p: 0,006 ^(**)
NO SANITARIO	67	22,6	53	14,1	120	
MEDICINA	92	40,2	131	40,9	223	χ^2 (Yates): 0,001 p: 0,970
ENFERMERÍA	137	59,8	191	59,1	328	
> 20 AÑOS	9	37,0	68	25,7	159	χ^2 : 9,23 p: 0,010 ^(**)
11-20	100	40,7	114	43,0	214	
≤ 10	55	22,4	83	31,3	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	183	61,8	271	72,3	454	χ^2 (Yates): 7,77 p: 0,004 ^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	113	38,2	104	27,7	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	60	20,3	67	17,9	127	χ^2 (Yates): 0,47 p: 0,490
NO FAM. BENEFIC.	236	79,7	308	82,1	544	
CREYENTE	199	67,2	275	73,3	474	χ^2 (Yates): 2,68 p: 0,100
NO CREYENTE	97	32,8	100	26,7	197	

	<u>VARÓN</u>		<u>MUJER</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	61	20,6	74	19,7	135	$\chi^2 : 0,97$ p: 0,610
NO PRACTICANTE	109	36,8	152	40,5	261	
	126	42,6	149	39,7	275	
NO PREJUICIOSO	149	50,3	199	53,1	348	$\chi^2 : 1,68$ p: 0,790
LEVEM. PREJUICIOSO	114	38,5	136	36,3	250	
MODERAD. PREJUICIOSO	28	9,5	31	8,3	59	
BASTANTE PREJUICIOSO	5	1,7	8	2,1	13	
MUY PREJUICIOSO	0	0,0	1	0,3	1	
NO CREYENTE	61	20,6	59	15,7	120	$\chi^2 : 12,60$ p: 0,010(**)
LEVEM. CREYENTE	47	15,9	55	14,7	102	
MODERAD. CREYENTE	76	25,7	105	28,0	181	
BASTANTE CREYENTE	56	18,9	107	28,5	163	
MUY CREYENTE	56	18,9	49	13,1	105	
TOT. A FAVOR	12	4,1	5	1,3	17	$\chi^2 : 7,07$ p: 0,130
MODER. A FAVOR	82	27,7	103	27,5	185	
INDECISO	145	49,0	198	52,8	343	
MODER. EN CONTRA	36	12,2	51	13,6	87	
TOTALM. EN CONTRA	21	7,1	18	4,8	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 3: EDAD**

	<u>≥ 60</u>		<u>51-60</u>		<u>41-50</u>		<u>31-40</u>		<u>≤ 30</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	9	1,3	62	9,2	215	32,0	166	24,7	219	32,6	671	
VARÓN	6	66,7	37	59,7	115	53,5	71	42,8	67	30,6	296	χ^2 : 31,97 p: 0,000 ^(*)
MUJER	3	33,3	25	40,3	100	46,5	95	57,2	152	69,4	375	
SOLTERO	0	0,0	6	9,7	15	7,0	39	23,5	195	89,0	255	χ^2 : 381,44 p: 0,000 ^(*)
CASAD. / SIMIL.	6	66,7	46	74,2	179	83,3	110	66,3	24	11,0	365	
VIUDO / SIMIL.	3	33,3	10	16,1	21	9,8	17	10,2	0	0,0	51	
DOCTOR	2	22,2	20	32,3	40	18,6	11	6,6	2	0,9	75	χ^2 : 373,06 p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA.	2	22,2	10	16,1	26	12,1	29	17,5	32	14,6	99	
PROFESOR	2	22,2	3	4,8	15	7,0	16	9,6	4	1,8	40	
LCDO. O SIMIL.	0	0,0	0	0,0	5	2,3	4	2,4	0	0,0	9	
DPDO. O SIMIL.	3	33,3	28	45,2	127	59,1	92	55,4	38	17,4	288	
ALUMNO	0	0,0	1	1,6	2	0,9	14	8,4	143	65,3	160	
HOSPITALES	7	77,8	58	93,6	198	92,1	136	81,9	72	31,3	471	χ^2 : 260,21 p: 0,000 ^(*)
FAC. F. y L.	1	11,1	3	4,8	8	3,7	13	7,8	35	16,0	60	
ESC. SUP. ING.	1	11,1	1	1,6	9	4,2	13	7,8	36	16,4	60	
MEDIC./C.C SALUD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,4	76	36,3	80	
PTA. DEL MAR	4	57,1	37	63,8	117	59,1	70	51,5	29	40,3	257	χ^2 : 10,10 p: 0,039
PTO. REAL	3	42,9	21	36,2	81	40,9	66	48,5	43	59,7	214	
Á. MÉDICA	1	14,3	17	29,3	58	29,3	57	41,9	31	43,1	164	χ^2 : 16,98 p: 0,150
Á. QUIRÚRGICA	2	28,6	19	32,8	62	31,3	33	24,3	24	33,3	140	
MAT.- INFANTIL	2	28,6	9	15,5	24	12,1	19	14,0	9	12,5	63	
OTRAS	2	28,6	13	22,4	54	27,3	27	19,9	8	11,1	104	
SÍ SANITARIO	7	77,8	58	93,5	198	92,1	140	84,3	148	67,6	551	χ^2 (Yates): 52,27 p: 0,000 ^(*)
NO SANITARIO	2	22,2	4	6,5	17	7,9	26	15,7	71	32,4	120	
MEDICINA	4	57,1	30	51,7	71	35,8	45	32,1	73	49,3	223	χ^2 : 14,45 p: 0,006 ^(**)
ENFERMERÍA	3	42,9	28	48,3	127	64,2	95	67,9	75	50,7	328	
> 20 AÑOS	9	100	53	86,9	96	45,1	0	0,0	0	0,0	158	χ^2 : 435,86 p: 0,000 ^(*)
11-20	0	0,0	6	9,8	108	50,7	100	65,8	0	0,0	214	
≤ 10	0	0,0	2	3,3	9	4,2	52	34,2	76	100	139	
CONOC. ESC. O INSUF.	4	44,4	37	59,7	147	68,4	120	72,3	146	66,7	454	χ^2 : 5,79 p: 0,215
CONOC. ADEC. O SUF.	5	55,6	25	40,3	68	31,6	46	27,7	73	33,3	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	4	44,4	13	21,0	30	14,0	33	19,9	47	21,5	127	χ^2 : 8,46 p: 0,076
NO FAM. BENEFIC.	5	55,6	49	79,0	185	86,0	133	80,1	172	78,5	544	
CREYENTE	9	100	47	75,8	157	73,0	125	75,3	136	62,1	474	χ^2 : 16,81 p: 0,002 ^(*)
NO CREYENTE	0	0,0	15	24,2	58	27,0	41	24,7	83	37,9	197	

	<u>≥ 60</u>		<u>51-60</u>		<u>41-50</u>		<u>31-40</u>		<u>≤ 30</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	5	55,6	21	33,9	44	20,5	42	25,3	23	10,5	135	$\chi^2 : 43,28$ p: 0,000 ^(*)
PRACTICANTE MODERADO	3	33,3	23	37,1	89	41,4	70	42,2	76	34,7	261	
NO PRACTICANTE	1	11,1	18	29,0	82	38,1	54	32,5	120	54,8	275	
NO PREJUICIOSO	3	33,3	31	50,0	126	58,6	94	56,6	94	42,9	348	$\chi^2 : 28,58$ p: 0,027
LEVEM. PREJUICIOSO	6	66,7	28	45,2	71	33,0	52	31,3	93	42,5	250	
MODERAD. PREJUICIOSO	0	0,0	3	4,8	13	6,0	14	8,4	29	13,2	59	
BASTANTE PREJUICIOSO	0	0,0	0	0,0	5	2,3	5	3,0	3	1,4	13	
MUY PREJUICIOSO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	
NO CREYENTE	0	0,0	9	14,5	43	20,0	17	10,2	51	23,3	120	$\chi^2 : 42,12$ p: 0,000 ^(*)
LEVEM. CREYENTE	1	11,1	9	14,5	26	12,1	27	16,3	39	17,8	102	
MODERAD. CREYENTE	0	0,0	10	16,1	55	25,6	51	30,7	65	29,7	181	
BASTANTE CREYENTE	3	33,3	19	30,6	54	25,1	44	26,5	43	19,6	163	
MUY CREYENTE	5	55,6	15	24,2	37	17,2	27	16,3	21	9,6	105	
TOT. A FAVOR	0	0,0	2	3,2	5	2,3	3	1,8	7	3,2	17	$\chi^2 : 18,05$ p: 0,320
MODER. A FAVOR	4	44,4	18	29,0	55	25,6	35	21,1	73	33,3	185	
INDECISO	3	33,3	27	43,5	115	53,5	91	54,8	107	48,9	343	
MODER. EN CONTRA	3	22,2	9	14,5	26	12,1	24	14,5	26	11,9	87	
TOTALM. EN CONTRA	0	0,0	6	9,7	14	6,5	13	7,8	6	2,7	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%
(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"

TABLA 4: ESTADO CIVIL

	SOLTERO		CASAD/SIMIL		VIUD/SIMIL		TOTAL	ESTADÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
TODOS	255	38,0	365	54,4	51	7,6	671	
VARÓN	89	34,9	183	50,1	24	47,1	296	$\chi^2 : 14,32$ p: 0,001 ^(*)
MUJER	166	65,1	182	49,9	27	52,9	375	
> 60	0	0,0	6	1,6	3	5,9	9	$\chi^2 : 381,44$ p: 0,000 ^(*)
51-60	6	2,4	46	12,6	10	19,6	62	
41-50	15	5,9	179	49,0	21	41,2	215	
31-40	39	15,3	110	30,1	17	33,3	166	
≤ 30	195	76,5	24	6,6	0	0,0	219	
DOCTOR	4	1,6	63	17,3	8	15,7	75	$\chi^2 : 234,59$ p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA	33	12,9	60	16,4	6	11,8	99	
PROFESOR	8	3,1	29	7,9	3	5,9	40	
LCDO. O SIMIL.	2	0,8	6	1,6	1	2,0	9	
DPDO. O SIMIL.	68	26,7	191	52,3	29	56,9	288	
ALUMNO	140	54,9	16	4,4	4	7,8	160	
HOSPITALES	107	42,0	320	87,8	44	86,3	471	$\chi^2 : 188,88$ p: 0,000 ^(*)
FAC. F. y L.	32	12,5	23	6,3	5	9,8	60	
ESC. SUP. ING.	40	15,7	18	4,9	2	3,9	60	
MEDIC./C.C SALUD	76	29,8	4	1,0	0	0,0	80	
PTA. DEL MAR	49	45,8	180	56,2	28	63,6	257	
PTO. REAL	58	54,2	140	43,8	16	36,4	214	$\chi^2 : 6,66$ p: 0,155
Á. MÉDICA	37	34,6	116	36,3	11	25,0	164	$\chi^2 : 11,39$ p: 0,077
Á. QUIRÚRGICA	38	35,5	91	28,4	11	25,0	140	
MAT.- INFANTIL	16	15,0	42	13,1	5	11,4	63	
OTRAS	16	15,0	71	22,2	17	38,6	104	
SÍ SANITARIO	183	71,8	324	88,8	44	86,3	551	$\chi^2 : 30,20$ p: 0,000 ^(*)
NO SANITARIO	72	28,2	41	11,2	7	13,7	120	
MEDICINA	77	34,5	131	58,7	15	6,7	223	$\chi^2 : 0,93$ p: 0,625
ENFERMERÍA	106	65,5	193	41,3	29	93,3	328	
> 20 AÑOS	10	8,7	126	36,1	23	48,9	159	$\chi^2 : 113,48$ p: 0,000 ^(*)
11-20	31	27,0	161	46,1	22	46,8	214	
≤ 10	74	64,3	62	17,8	2	4,3	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	173	67,8	246	67,4	35	68,6	454	$\chi^2 : 0,03$ p: 0,982
CONOC. ADEC. O SUF.	82	32,2	119	32,6	16	31,4	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	50	19,6	64	17,5	13	25,5	127	$\chi^2 : 1,97$ p: 0,373
NO FAM. BENEFIC.	205	80,4	301	82,5	38	74,5	544	
CREYENTE	170	66,7	269	73,7	35	68,6	474	$\chi^2 : 3,68$ p: 0,158
NO CREYENTE	85	33,3	96	26,3	16	31,4	197	

	SOLTERO		CASAD/SIMIL		VIUD/SIMIL		TOTAL	ESTADÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	39	15,3	85	23,3	11	21,6	135	$\chi^2 : 12,57$ p: 0,010 ^(**)
PRACTICANTE MODERADO	91	35,7	150	41,1	20	39,2	261	
NO PRACTICANTE	125	49,0	130	35,6	20	39,2	275	
NO PREJUDICIOSO	110	43,1	207	56,7	31	60,8	348	$\chi^2 : 31,53$ p: 0,000 ^(*)
LEVEM. PREJUDICIOSO	103	44,3	124	34,0	13	25,5	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	28	11,0	28	7,7	3	5,9	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	4	1,6	6	1,6	3	5,9	13	
MUY PREJUDICIOSO	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	
NO CREYENTE	49	19,2	62	17,0	9	17,6	120	$\chi^2 : 11,68$ p: 0,166
LEVEM. CREYENTE	46	18,0	49	13,4	7	13,7	102	
MODERAD. CREYENTE	76	29,8	95	26,0	10	19,6	181	
BASTANTE CREYENTE	49	19,2	96	26,3	18	35,3	163	
MUY CREYENTE	35	13,7	63	17,3	7	13,7	105	
TOT. A FAVOR	6	2,4	10	2,7	1	2,0	17	$\chi^2 : 20,56$ p: 0,008 ^(**)
MODER. A FAVOR	76	29,8	100	27,4	9	17,6	185	
INDECISO	134	52,5	184	50,4	25	49,0	343	
MODER. EN CONTRA	33	12,9	47	12,9	7	13,7	87	
TOTALM. EN CONTRA	6	2,4	24	6,6	9	17,6	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 5: NIVEL ACADÉMICO**

	<u>DOCTOR</u>		<u>ESPECIALIS</u>		<u>PROFESOR</u>		<u>LCDO/SIMIL</u>		<u>DPDO/SIMIL</u>		<u>ALUMNO</u>		T.	ESTA.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	75	11,2	99	14,8	40	6,0	9	1,3	288	42,9	160	23,8	671	
VARÓN	39	52,0	38	38,4	31	77,5	7	77,8	131	45,5	50	31,3	296	$\chi^2 : 36,39$ p: 0,000 ^(*)
MUJER	36	48,0	61	61,6	9	22,5	2	22,2	157	54,5	110	68,8	375	
> 60	2	2,7	2	2,0	2	5,0	0	0,0	3	1,0	0	0,0	9	$\chi^2 : 373,06$ p: 0,000 ^(*)
51-60	20	26,7	10	10,1	3	7,5	0	0,0	28	9,7	1	0,6	62	
41-50	40	53,3	26	26,3	15	37,5	5	55,6	127	44,1	12	1,3	215	
31-40	11	14,7	29	29,3	16	40,0	4	44,4	92	31,9	14	8,8	166	
≤ 30	2	2,7	32	32,3	4	10,0	0	0,0	38	13,2	143	89,4	219	
SOLTERO	4	5,3	33	33,3	8	20,0	2	22,2	68	23,6	140	87,5	255	$\chi^2 : 234,59$ p: 0,000 ^(*)
CASAD. / SIMIL.	63	84,0	60	60,6	29	72,5	6	66,7	191	66,3	16	10,0	365	
VIUDO / SIMIL.	8	10,7	6	6,1	3	7,5	1	11,1	29	10,1	4	2,5	51	
HOSPITALES	75	100	99	100	0	0,0	9	100	288	100	0	0,0	471	$\chi^2 : 785,05$ p: 0,000 ^(*)
FAC. F. y L.	0	0,0	0	0,0	20	50,0	0	0,0	0	0,0	40	25,0	60	
ESC. SUP. ING.	0	0,0	0	0,0	20	50,0	0	0,0	0	0,0	40	25,0	60	
MEDIC./C.C SALUD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	80	50,0	80	
PTA. DEL MAR	40	53,3	49	49,5	0	0,0	5	55,5	163	56,6	0	0,0	257	
PTO. REAL	35	46,7	50	50,5	0	0,0	4	44,5	125	43,4	0	0,0	214	$\chi^2 : 12,61$ p: 0,793
Á. MÉDICA	27	36,0	36	36,4	0	0,0	0	0,0	101	35,1	0	0,0	164	$\chi^2 : 38,46$ p: 0,000 ^(*)
Á. QUIRÚRGICA	23	30,7	32	32,3	0	0,0	0	0,0	85	29,5	0	0,0	140	
MAT.- INFANTIL	7	9,3	18	18,2	0	0,0	0	0,0	38	13,2	0	0,0	63	
OTRAS	18	24,0	13	13,1	0	0,0	9	100	64	22,2	0	0,0	104	
SÍ SANITARIO	75	100	99	100	0	0,0	9	100	288	100	80	50,0	551	$\chi^2 : 398,62$ p: 0,000 ^(*)
NO SANITARIO	0	0,0	0	0,0	40	100	0	0,0	0	0,0	80	50,0	120	
MEDICINA	75	33,6	99	44,4	0	0,0	9	4,0	0	0,0	40	17,9	223	$\chi^2 : 467,98$ p: 0,000 ^(*)
ENFERMERÍA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	288	87,8	40	12,2	328	
> 20 AÑOS	34	45,3	18	18,2	10	25,0	3	33,3	94	32,6	0	0,0	159	$\chi^2 : 51,64$ p: 0,000 ^(*)
11-20	29	38,7	28	28,3	18	45,0	5	55,6	134	46,5	0	0,0	214	
≤ 10	12	16,0	53	53,5	12	30,0	1	11,1	60	20,8	0	0,0	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	39	52,0	58	58,6	27	67,5	7	77,8	215	74,7	108	67,5	454	$\chi^2 : 18,99$ p: 0,002 ^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	36	48,0	41	41,4	13	32,5	2	22,2	73	25,3	52	32,5	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	13	17,3	17	17,2	15	37,5	0	0,0	47	16,3	35	21,9	127	$\chi^2 : 13,59$ p: 0,002 ^(*)
NO FAM. BENEFIC.	62	82,7	82	82,8	25	62,5	9	100	241	83,7	125	78,1	544	
CREYENTE	56	74,7	64	64,6	27	67,5	5	55,6	218	75,7	104	65,0	474	$\chi^2 : 9,48$ p: 0,091
NO CREYENTE	19	25,3	35	35,4	13	32,5	4	44,4	70	24,3	56	35,0	197	

	<u>DOCTOR</u>		<u>ESPECIALIS</u>		<u>PROFESOR</u>		<u>LCDO/SIMIL</u>		<u>DPDO/SIMIL</u>		<u>ALUMNO</u>		T.	ESTA.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	21	28,0	18	18,2	14	35,0	1	11,1	61	21,2	20	12,5	135	χ^2 : 23,52 p: 0,009^(**)
NO PRACTICANTE	29	38,7	39	39,4	10	25,0	3	33,3	123	42,7	57	35,6	261	
	25	33,3	42	42,4	16	40,0	5	55,6	104	36,1	83	51,9	275	
NO PREJUDICIOSO	45	60,0	65	65,7	35	87,5	7	77,8	131	45,5	65	40,6	348	χ^2 : 50,73 p: 0,000^(*)
LEVEM. PREJUDICIOSO	25	33,3	29	29,3	4	10,0	2	22,2	120	41,7	70	43,8	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	5	6,7	5	5,1	1	2,5	0	0,0	28	9,7	20	12,5	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	8,8	5	3,1	13	
MUY PREJUDICIOSO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	
NO CREYENTE	13	17,3	20	20,2	12	30,0	2	22,2	37	12,8	36	22,5	120	χ^2 : 32,94 p: 0,034
LEVEM. CREYENTE	10	13,3	18	18,2	3	7,5	2	22,2	43	14,9	26	16,3	102	
MODERAD. CREYENTE	15	20,0	22	22,2	6	15,0	1	11,1	90	31,3	47	29,4	181	
BASTANTE CREYENTE	22	29,3	21	21,2	7	17,5	3	33,3	78	27,1	32	20,8	163	
MUY CREYENTE	15	20,0	18	18,2	12	30,0	1	11,1	40	13,9	19	11,9	105	
TOT. A FAVOR	1	1,3	1	1,0	4	10,0	0	0,0	6	2,1	5	3,1	17	χ^2 : 49,33 p: 0,000^(*)
MODER. A FAVOR	13	17,3	33	33,3	13	32,5	3	33,3	70	24,3	53	33,1	185	
INDECISO	39	52,0	43	43,4	12	30,0	4	44,4	168	58,3	77	48,1	343	
MODER. EN CONTRA	10	13,3	16	16,2	6	15,0	2	22,2	35	12,2	18	11,3	87	
TOTALM. EN CONTRA	12	16,0	6	6,1	5	12,5	0	0,0	9	3,1	7	4,4	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 6: CENTRO DE TRABAJO**

	<u>HOSPITAL</u>		<u>FAC. F. y L</u>		<u>ESC.SUP. ING</u>		<u>MEDIC/CC SALUD</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	471	70,2	60	8,9	60	8,9	80	12,0	671	
VARÓN	215	45,0	30	50,0	37	61,7	14	17,5	296	$\chi^2 : 32,07$ $p: 0,000^{(*)}$
MUJER	256	55,0	30	50,0	23	38,3	66	82,5	375	
> 60	7	1,5	1	1,7	1	1,7	0	0,0	9	$\chi^2 : 260,21$ $p: 0,000^{(*)}$
51-60	58	12,3	3	5,0	1	1,7	0	0,0	62	
41-50	198	42,0	8	13,3	9	15,0	0	0,0	215	
31-40	136	28,8	13	21,7	13	21,6	4	5,0	166	
≤ 30	72	15,2	35	58,3	36	60,0	76	95,0	219	
SOLTERO	107	22,7	32	53,3	40	66,7	76	95,0	255	$\chi^2 : 188,88$ $p: 0,000^{(*)}$
CASAD. / SIMIL.	320	67,9	23	38,3	18	30,0	4	5,0	365	
VIUDO / SIMIL.	44	9,3	5	8,3	2	3,3	0	0,0	51	
DOCTOR	75	16,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	75	$\chi^2 : 785,05$ $p: 0,000^{(*)}$
ESPECIALISTA.	99	21,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	99	
PROFESOR	0	0,0	20	33,3	20	33,3	0	0,0	40	
LCDO. O SIMIL.	9	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	
DPDO. O SIMIL.	288	61,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	288	
ALUMNO	0	0,0	40	66,7	40	66,7	80	100	160	
PTA. DEL MAR	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
PTO. REAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Á. MÉDICA	164	34,8	/	/	/	/	/	/	164	$\chi^2 : 10,61$ $p: 0,014$
Á. QUIRÚRGICA	140	29,7	/	/	/	/	/	/	140	
MAT.- INFANTIL	63	13,4	/	/	/	/	/	/	63	
OTRAS	104	22,0	/	/	/	/	/	/	104	
SÍ SANITARIO	471	100	0	0,0	0	0,0	80	100	551	$\chi^2 : 671,00$ $p: 0,000^{(*)}$
NO SANITARIO	0	0,0	60	100	60	100	0	0,0	120	
MEDICINA	183	38,9	0	0,0	0	0,0	40	50,0	223	$\chi^2 : 87,75$ $p: 0,000^{(*)}$
ENFERMERÍA	288	61,1	0	0,0	0	0,0	40	50,0	328	
> 20 AÑOS	149	31,6	5	25,0	5	25,0	0	0,0	159	$\chi^2 : 18,61$ $p: 0,005^{(*)}$
11-20	196	41,6	11	55,0	7	35,0	0	0,0	214	
≤ 10	126	26,7	4	20,0	8	40,0	0	0,0	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	319	67,7	49	81,7	42	70,0	44	55,5	454	$\chi^2 : 11,66$ $p: 0,040$
CONOC. ADEC. O SUF.	152	36,3	11	18,3	18	30,0	36	44,5	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	77	16,3	14	23,3	18	30,0	18	22,5	127	$\chi^2 : 12,17$ $p: 0,033$
NO FAM. BENEFIC.	394	83,7	46	76,7	42	70,0	62	77,5	544	
CREYENTE	343	72,8	36	60,0	41	68,3	54	67,5	474	$\chi^2 : 7,06$ $p: 0,216$
NO CREYENTE	128	27,2	24	40,0	19	31,7	26	32,5	197	

	<u>HOSPITAL</u>		<u>FAC. F. y L</u>		<u>ESC.SUP.</u> <u>ING</u>		<u>MEDIC/CC</u> <u>SALUD</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	101	21,4	14	23,3	10	16,7	10	12,5	135	$\chi^2 : 22,89$ p: 0,010 ^(**)
PRACTICANTE MODERADO	194	41,2	18	30,0	20	33,3	29	36,2	261	
NO PRACTICANTE	176	37,3	28	46,7	30	50,0	41	51,2	275	
NO PREJUDICIOSO	248	52,6	35	58,3	34	56,7	31	38,7	348	$\chi^2 : 37,62$ p: 0,010 ^(**)
LEVEM. PREJUDICIOSO	176	37,3	10	16,7	23	38,3	41	51,2	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	38	8,1	11	18,3	3	5,0	7	8,7	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	8	1,7	4	6,7	0	0,0	1	1,2	13	
MUY PREJUDICIOSO	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	
NO CREYENTE	72	15,3	20	33,3	14	23,3	14	17,5	120	$\chi^2 : 32,39$ p: 0,010 ^(**)
LEVEM. CREYENTE	73	15,4	4	6,7	9	15,0	16	20,0	102	
MODERAD. CREYENTE	128	27,2	10	16,7	19	31,7	24	30,0	181	
BASTANTE CREYENTE	124	26,3	14	23,3	8	13,3	17	21,2	163	
MUY CREYENTE	74	15,7	12	20,0	10	16,7	9	11,2	105	
TOT. A FAVOR	8	1,7	3	5,0	3	5,0	3	3,7	17	$\chi^2 : 31,51$ p: 0,009 ^(**)
MODER. A FAVOR	119	25,3	18	30,0	18	30,0	30	37,5	185	
INDECISO	254	53,9	30	50,0	22	36,7	37	46,2	343	
MODER. EN CONTRA	63	13,3	5	8,3	11	18,3	8	10,0	87	
TOTALM. EN CONTRA	27	5,7	4	6,7	6	10,0	2	2,5	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%
 (**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"

TABLA 7: HOSPITALES

	PTA. DEL MAR		PTO. REAL			
	N	%	N	%	TOT.	ESTAD.
TODOS	257	54,56	214	45,43	471	
VARÓN	119	46,3	96	44,9	215	χ^2 (Yates): 0,05 p: 0,826
MUJER	138	53,7	118	55,1	256	
> 60	4	1,6	3	1,4	7	χ^2 : 10,10 p: 0,039
51-60	37	14,4	21	9,8	58	
41-50	117	45,5	81	37,9	198	
31-40	70	27,2	66	30,8	136	
≤ 30	29	11,3	43	20,1	72	
SOLTERO	49	19,1	58	27,1	107	χ^2 : 5,14 p: 0,076
CASAD. / SIMIL.	180	70,0	140	65,4	320	
VIUDO / SIMIL.	28	10,9	16	7,5	44	
DOCTOR	40	15,6	35	16,4	75	χ^2 : 1,56 p: 0,669
ESPECIALISTA.	49	19,1	50	23,4	99	
PROFESOR	0	0,0	0	0,0	0	
LCDO. O SIMIL.	5	1,9	4	1,9	9	
DPDO. O SIMIL.	163	63,4	125	58,4	288	
ALUMNO	0	0,0	0	0,0	0	
HOSPITALES	/	/	/	/	/	
FAC. F. y L.	/	/	/	/	/	
ESC. SUP. ING.	/	/	/	/	/	
MEDIC./C.C SALUD	/	/	/	/	/	
A. MÉDICA	80	31,1	84	39,3	164	χ^2 : 10,61 p: 0,015
A. QUIRÚRGICA	74	28,8	66	30,8	140	
MAT.- INFANTIL	32	12,5	31	14,5	63	
OTRAS	71	27,6	33	15,4	104	
SÍ SANITARIO	/	/	/	/	/	
NO SANITARIO	/	/	/	/	/	
MEDICINA	94	36,6	89	41,6	187	χ^2 : 5,45 p: 0,823
ENFERMERÍA	163	63,4	125	58,4	288	
> 20 AÑOS	91	35,4	58	27,1	149	χ^2 : 15,48 p: 0,000 ^(*)
11-20	116	45,1	80	37,4	196	
≤ 10	50	19,5	76	35,5	126	
CONOC. ESC. O INSUF.	173	67,3	146	68,2	319	χ^2 (Yates): 0,01 p: 0,911
CONOC. ADEC. O SUF.	84	32,7	68	31,8	152	
SÍ FAM. BENEFIC.	34	13,2	43	20,1	77	χ^2 (Yates): 3,53 p: 0,060
NO FAM. BENEFIC.	223	86,8	171	79,9	394	
CREYENTE	194	75,5	149	69,6	343	χ^2 (Yates): 1,74 p: 0,187
NO CREYENTE	63	24,5	65	30,4	128	

	<u>PTA. DEL MAR</u>		<u>PTO. REAL</u>			
	N	%	N	%	TOT.	ESTAD.
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	57	22,2	44	20,6	101	$\chi^2 : 7,72$ p: 0,021
NO PRACTICANTE	118	45,9	76	35,5	194	
	82	31,9	94	43,9	176	
NO PREJUICIOSO	138	53,7	110	51,4	248	$\chi^2 : 2,63$ p: 0,621
LEVEM. PREJUICIOSO	96	37,4	80	37,4	176	
MODERAD. PREJUICIOSO	17	6,6	21	9,8	38	
BASTANTE PREJUICIOSO	5	1,9	3	1,4	8	
MUY PREJUICIOSO	1	0,4	0	0,0	1	
NO CREYENTE	35	13,6	37	17,3	72	$\chi^2 : 5,69$ p: 0,223
LEVEM. CREYENTE	33	12,8	40	18,7	73	
MODERAD. CREYENTE	73	28,4	55	25,7	128	
BASTANTE CREYENTE	75	29,2	49	22,9	124	
MUY CREYENTE	41	16,0	33	15,4	74	
TOT. A FAVOR	3	1,2	5	2,3	8	$\chi^2 : 6,01$ p: 0,198
MODER. A FAVOR	58	22,6	61	28,5	119	
INDECISO	142	55,3	112	52,3	254	
MODER. EN CONTRA	41	16,0	22	10,3	63	
TOTALM. EN CONTRA	13	5,1	14	6,5	27	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%
(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 8: SERVICIO HOSPITALARIO**

	<u>A. MÉDICA</u>		<u>A. QUIRÚR</u>		<u>MAT-INF</u>		<u>OTRAS</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	164	24,4	140	20,9	63	9,4	104	15,5	471	
VARÓN	75	45,7	68	48,6	24	38,1	48	46,2	215	$\chi^2 : 1,94$ p: 0,585
MUJER	89	54,3	72	51,4	39	61,9	56	53,8	256	
> 60	1	0,6	2	1,4	2	3,2	2	1,9	7	$\chi^2 : 16,98$ p: 0,150
51-60	17	10,4	19	13,6	9	14,3	13	12,5	58	
41-50	58	35,4	62	44,3	24	38,1	54	51,9	198	
31-40	57	34,8	33	23,6	19	30,2	27	26,0	136	
≤ 30	31	18,9	24	17,1	9	14,3	8	7,7	72	
SOLTERO	37	22,6	38	27,1	16	25,4	16	15,4	107	$\chi^2 : 11,39$ p: 0,077
CASAD. / SIMIL.	116	70,7	91	65,0	42	66,7	71	68,3	320	
VIUDO / SIMIL.	11	6,7	11	7,9	5	7,9	11	16,3	44	
DOCTOR	27	16,5	23	16,4	7	11,1	18	17,3	75	$\chi^2 : 38,46$ p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA.	36	22,0	32	22,9	18	28,6	13	12,5	99	
PROFESOR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
LCDO. O SIMIL.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	8,7	9	
DPDO. O SIMIL.	101	61,6	85	60,7	38	60,3	64	61,5	288	
ALUMNO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
HOSPITALES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	$\chi^2 : 10,61$ p: 0,015
FAC. F. y L.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ESC. SUP. ING.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
MEDIC./C.C SALUD	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
PTA. DEL MAR	80	48,8	74	52,9	32	50,8	71	68,3	257	
PTO. REAL	84	51,2	66	47,1	31	49,2	33	31,7	214	
SÍ SANITARIO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	$\chi^2 : 0,04$ p: 0,997
NO SANITARIO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
MEDICINA	63	38,4	55	39,3	25	39,7	40	39,4	183	
ENFERMERÍA	101	61,6	85	60,7	38	60,3	64	61,6	288	
> 20 AÑOS	40	24,4	50	35,7	23	36,5	36	34,6	149	$\chi^2 : 8,93$ p: 0,177
11-20	73	44,5	51	36,4	25	39,7	47	45,2	196	
≤ 10	51	31,1	39	27,9	15	23,8	21	20,2	126	
CONOC. ESC. O INSUF.	111	67,7	91	65,0	45	71,4	72	69,2	319	$\chi^2 : 0,97$ p: 0,806
CONOC. ADEC. O SUF.	53	32,3	49	35,0	18	28,6	32	30,8	152	
SÍ FAM. BENEFIC.	37	22,6	22	15,7	9	14,3	9	8,7	77	$\chi^2 : 9,36$ p: 0,025
NO FAM. BENEFIC.	127	77,4	118	84,3	54	85,7	95	91,3	394	
CREYENTE	118	72,0	103	73,6	45	71,4	77	74,0	343	$\chi^2 : 0,24$ p: 0,971
NO CREYENTE	46	28,0	37	26,4	18	28,6	27	26,0	128	

	A. MÉDICA		A. QUIRÚR		MAT-INF		OTRAS		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	37	22,6	29	20,7	15	23,8	20	19,2	101	$\chi^2 : 2,88$ p: 0,824
PRACTICANTE MODERADO	61	37,2	59	42,1	25	39,7	49	47,1	194	
NO PRACTICANTE	66	40,2	52	37,1	23	36,5	35	33,7	176	
NO PREJUICIOSO	89	54,3	75	53,6	31	49,2	53	51,0	248	$\chi^2 : 6,99$ p: 0,858
LEVEM. PREJUICIOSO	62	37,8	47	33,6	26	41,3	41	39,4	176	
MODERAD. PREJUICIOSO	11	6,7	15	10,7	5	7,9	7	6,7	38	
BASTANTE PREJUICIOSO	2	1,2	3	2,1	1	1,6	2	1,9	8	
MUY PREJUICIOSO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	
NO CREYENTE	26	15,9	23	16,4	6	9,5	17	16,3	72	$\chi^2 : 12,86$ p: 0,379
LEVEM. CREYENTE	31	18,9	22	15,7	12	19,0	8	7,7	73	
MODERAD. CREYENTE	48	29,3	36	25,7	13	20,6	31	29,8	128	
BASTANTE CREYENTE	39	23,8	35	25,0	19	30,2	31	29,8	124	
MUY CREYENTE	20	12,2	24	17,1	13	20,6	17	16,3	74	
TOT. A FAVOR	4	2,4	2	1,4	1	1,6	1	1,0	8	$\chi^2 : 17,20$ p: 0,142
MODER. A FAVOR	45	27,4	34	24,3	24	38,1	16	15,4	119	
INDECISO	84	51,2	75	53,6	25	39,7	70	67,3	254	
MODER. EN CONTRA	20	12,2	20	14,3	10	15,9	13	12,5	63	
TOTALM. EN CONTRA	11	6,7	9	6,4	3	4,8	4	3,8	27	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 9: SANITARIO VS. NO SANITARIO**

	<u>SÍ</u>		<u>NO</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
TODOS	551	82,1	120	17,9	671	
VARÓN	229	41,6	67	55,8	296	χ^2 (Yates): 7,56 p: 0,006 ^(**)
MUJER	322	58,4	53	44,2	375	
> 60	7	1,3	2	1,7	9	χ^2 : 52,27 p: 0,000 ^(*)
51-60	58	10,5	4	3,3	62	
41-50	198	35,9	17	14,2	215	
31-40	140	25,4	26	21,7	166	
≤ 30	148	26,9	71	59,2	219	
SOLTERO	183	33,2	72	60,0	255	χ^2 : 30,20 p: 0,000 ^(*)
CASAD. / SIMIL.	324	58,8	41	34,2	365	
VIUDO / SIMIL.	44	8,0	7	5,8	51	
DOCTOR	75	13,6	0	0,0	75	χ^2 : 398,62 p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA.	99	18,0	0	0,0	99	
PROFESOR	0	0,0	40	33,3	40	
LCDO. O SIMIL.	9	1,6	0	0,0	9	
DPDO. O SIMIL.	288	52,3	0	0,0	288	
ALUMNO	80	14,5	80	66,7	160	
HOSPITALES	471	100	0	0,0	471	χ^2 : 671,00 p: 0,000 ^(*)
FAC. F. Y L.	0	0,0	60	30,0	60	
ESC. SUP. ING.	0	0,0	60	30,0	60	
MEDIC./C.C SALUD	0	0,0	80	40,0	80	
PTA. DEL MAR	/	/	/	/	/	
PTO. REAL	/	/	/	/	/	
A. MÉDICA	/	/	/	/	/	
A. QUIRÚRGICA	/	/	/	/	/	
MAT.- INFANTIL	/	/	/	/	/	
OTRAS	/	/	/	/	/	
MEDICINA	/	/	/	/	/	
ENFERMERÍA	/	/	/	/	/	
> 20 AÑOS	149	31,6	10	25,0	159	χ^2 : 0,76 p: 0,682
11-20	196	41,6	18	45,0	214	
≤ 10	126	26,8	12	30,0	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	363	65,9	91	75,8	454	χ^2 (Yates): 4,46 p: 0,045
CONOC. ADEC. O SUF.	188	34,2	29	24,2	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	95	17,2	32	26,6	127	χ^2 (Yates): 5,11 p: 0,024
NO FAM. BENEFIC.	456	82,8	88	73,3	544	
CREYENTE	397	72,1	77	64,2	474	χ^2 (Yates): 2,58 p: 0,108
NO CREYENTE	154	27,9	43	35,8	197	

	<u>SÍ</u>		<u>NO</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE	111	20,1	24	20,0	135	$\chi^2 : 3,89$ p: 0,143
MODERADO	223	40,5	38	31,7	261	
NO PRACTICANTE	217	39,4	58	48,3	275	
NO PREJUDICIOSO	279	50,6	69	57,5	348	$\chi^2 : 7,69$ p: 0,104
LEVEM. PREJUDICIOSO	217	39,4	33	27,5	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	45	8,2	14	11,7	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	9	1,6	4	3,3	13	
MUY PREJUDICIOSO	1	0,2	0	0,0	1	
NO CREYENTE	86	15,6	34	28,3	120	$\chi^2 : 13,99$ p: 0,007(**)
LEVEM. CREYENTE	89	16,2	13	10,8	102	
MODERAD. CREYENTE	152	27,6	29	24,2	181	
BASTANTE CREYENTE	141	25,6	22	18,3	163	
MUY CREYENTE	83	15,1	22	18,3	105	
TOT. A FAVOR	11	2,0	6	5,0	17	$\chi^2 : 7,16$ p: 0,127
MODER. A FAVOR	149	27,0	36	30,0	185	
INDECISO	291	58,2	52	43,3	343	
MODER. EN CONTRA	71	12,9	16	13,3	87	
TOTALM. EN CONTRA	29	5,3	10	8,3	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: SUBGRUPO**TABLA 10: MEDICINA VS. ENFERMERÍA**

	<u>MEDICINA</u>		<u>ENFERMERÍA</u>			
	N	%	N	%	TOT.	ESTAD.
TODOS	223	40,47	328	59,52	551	
VARÓN	92	41,3	137	41,8	229	χ^2 (Yates): 0,00 p: 0,915
MUJER	131	58,7	191	58,2	322	
> 60	4	1,8	3	0,9	7	χ^2 : 14,45 p: 0,006 ^(**)
51-60	30	13,5	28	8,5	58	
41-50	71	31,8	127	38,7	198	
31-40	45	20,2	95	29,0	140	
≤ 30	73	32,7	75	22,9	148	
SOLTERO	77	34,5	106	32,3	183	χ^2 : 0,94 p: 0,625
CASAD. / SIMIL.	131	58,7	193	58,8	324	
VIUDO / SIMIL.	15	6,7	29	8,8	44	
DOCTOR	75	33,6	0	0,0	75	χ^2 : 467,98 p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA.	99	44,4	0	0,0	99	
PROFESOR	0	0,0	0	0,0	0	
LCDO. O SIMIL.	9	4,0	0	0,0	9	
DPDO. O SIMIL.	0	0,0	288	87,8	288	
ALUMNO	40	17,9	40	12,2	80	
HOSPITALES	183	82,1	288	87,8	471	χ^2 : 87,75 p: 0,000 ^(*)
FAC. F. Y L.	0	0,0	0	0,0	0	
ESC. SUP. ING.	0	0,0	0	0,0	0	
MEDIC./C.C SALUD	40	17,9	40	12,2	80	
PTA. DEL MAR	94	51,4	163	56,6	257	χ^2 : 5,45 p: 0,823
PTO. REAL	89	48,6	125	43,4	214	
A. MÉDICA	63	34,4	101	35,1	164	χ^2 : 0,04 p: 0,997
A. QUIRÚRGICA	55	30,1	85	29,5	140	
MAT.- INFANTIL	25	13,7	38	13,2	63	
OTRAS	49	21,9	64	22,2	104	
SÍ SANITARIO	/	/	/	/	/	
NO SANITARIO	/	/	/	/	/	
> 20 AÑOS	55	30,1	94	32,6	149	χ^2 : 14,24 p: 0,001 ^(*)
11-20	62	33,9	134	46,5	196	
≤ 10	69	36,1	60	20,8	126	
CONOC. ESC. O INSUF.	127	57,0	236	72,0	363	χ^2 (Yates): 12,63 p: 0,000 ^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	96	43,0	92	28,0	188	
SÍ FAM. BENEFIC.	40	17,9	55	16,8	95	χ^2 (Yates): 0,05 p: 0,809
NO FAM. BENEFIC.	183	82,1	273	83,2	456	
CREYENTE	153	68,6	244	74,4	397	χ^2 (Yates): 1,92 p: 0,165
NO CREYENTE	70	31,4	84	25,6	154	

	<u>MEDICINA</u>		<u>ENFERMERÍA</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE	46	20,6	65	19,8	111	$\chi^2 : 0,07$ p: 0,964
MODERADO	89	39,9	134	40,9	223	
NO PRACTICANTE	88	39,5	129	39,3	217	
NO PREJUDICIOSO	129	57,8	150	45,7	279	$\chi^2 : 153,08$ p: 0,010 ^(**)
LEVEM. PREJUDICIOSO	79	35,4	138	42,1	217	
MODERAD. PREJUDICIOSO	15	6,7	30	9,1	45	
BASTANTE PREJUDICIOSO	0	0,0	9	2,7	9	
MUY PREJUDICIOSO	0	0,0	1	0,3	1	
NO CREYENTE	41	18,4	45	13,7	86	$\chi^2 : 9,98$ p: 0,041
LEVEM. CREYENTE	37	16,6	52	15,9	89	
MODERAD. CREYENTE	49	22,0	103	31,4	152	
BASTANTE CREYENTE	54	24,2	87	26,5	141	
MUY CREYENTE	42	18,8	41	12,5	83	
TOT. A FAVOR	4	1,8	7	2,1	11	$\chi^2 : 9,93$ p: 0,042
MODER. A FAVOR	58	26,0	91	27,7	149	
INDECISO	109	48,9	182	55,5	291	
MODER. EN CONTRA	33	14,8	38	11,6	71	
TOTALM. EN CONTRA	19	8,5	10	3,0	29	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 11: ANTIGÜEDAD**

	<u>>20 AÑOS</u>		<u>11-20 AÑOS</u>		<u>≤10 AÑOS</u>		TOT.	ESTADÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
TODOS	159	23,7	214	31,9	128	20,6	511	
VARÓN	91	57,2	100	46,7	55	39,9	246	$\chi^2 : 9,23$ p: 0,010 ^(**)
MUJER	68	42,8	114	53,3	83	60,1	265	
> 60	9	5,7	0	0,0	0	0,0	9	$\chi^2 : 435,86$ p: 0,000 ^(*)
51-60	53	33,3	6	2,8	2	1,4	61	
41-50	96	60,4	108	50,5	9	6,5	213	
31-40	0	0,0	100	46,7	52	37,7	152	
≤ 30	0	0,0	0	0,0	76	54,4	76	
SOLTERO	10	6,3	31	14,5	74	53,6	115	$\chi^2 : 113,48$ p: 0,000 ^(*)
CASAD./SIMILAR	126	79,2	161	75,2	62	44,9	349	
VIUDO/SIMILAR	23	14,5	22	10,3	2	1,4	47	
DOCTOR	34	21,4	29	13,6	12	8,7	75	$\chi^2 : 51,64$ p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA	18	11,3	28	13,1	53	38,4	99	
PROFESOR	10	6,3	18	8,4	12	8,7	40	
LCDO. O SIMIL.	3	1,9	5	2,3	1	0,7	9	
DPDO. O SIMIL.	94	59,1	134	62,6	60	43,5	288	
ALUMNO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
HOSPITALES	149	93,7	196	91,6	126	91,3	471	$\chi^2 : 18,61$ p: 0,005 ^(*)
FAC. F. y L.	5	3,1	11	5,1	4	2,9	20	
ESC. SUP. ING.	5	3,1	7	3,3	8	5,8	20	
MEDIC./C.C SALUD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
PTA. DEL MAR	91	61,1	116	59,2	50	39,7	257	$\chi^2 : 15,48$ p: 0,000 ^(*)
PTO. REAL	58	38,9	80	40,8	76	60,3	214	
Á. MÉDICA	40	26,8	73	37,2	51	40,5	164	$\chi^2 : 8,93$ p: 0,177
Á. QUIRÚRGICA	50	33,6	51	26,0	39	31,0	140	
MAT.- INFANTIL	23	15,4	25	12,8	15	11,9	63	
OTRAS	36	24,2	47	24,0	21	16,7	104	
SÍ SANITARIO	149	93,7	196	91,6	126	91,3	471	$\chi^2 : 0,76$ p: 0,682
NO SANITARIO	10	6,3	18	8,4	12	8,7	40	
MEDICINA	55	36,9	62	31,6	66	52,3	183	$\chi^2 : 14,24$ p: 0,001 ^(*)
ENFERMERÍA	94	63,1	134	68,4	60	47,7	288	
CONOC. ESC. O INSUF.	97	61,0	158	73,8	91	65,9	346	$\chi^2 : 7,13$ p: 0,028
CONOC. ADEC. O SUF.	62	39,0	56	26,2	47	34,1	165	
SÍ FAM. BENEFIC.	32	20,1	33	15,4	27	19,6	92	$\chi^2 : 1,68$ p: 0,432
NO FAM. BENEFIC.	127	79,9	181	84,6	11	80,4	419	
CREYENTE	122	76,7	156	72,9	92	66,7	370	$\chi^2 : 3,78$ p: 0,150
NO CREYENTE	37	23,3	58	27,1	46	33,3	141	

	<u>> 20 AÑOS</u>		<u>11-20 AÑOS</u>		<u>≤ 10 AÑOS</u>		TOT.	ESTADÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
SI NORMALMENTE	45	28,3	46	21,5	24	17,4	115	$\chi^2 : 7,39$ p: 0,116
PRACTICANTE MODERADO	64	40,3	87	40,7	53	38,4	204	
NO PRACTICANTE	50	31,4	81	37,9	61	44,2	192	
NO PREJUICIOSO	86	54,1	126	58,9	71	51,4	283	$\chi^2 : 9,21$ p: 0,324
LEVEM. PREJUICIOSO	60	37,7	68	31,8	52	37,7	180	
MODERAD. PREJUICIOSO	10	6,3	14	6,5	15	10,9	39	
BASTANTE PREJUICIOSO	3	1,9	5	2,3	0	0,0	8	
MUY PREJUICIOSO	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	
NO CREYENTE	22	13,8	36	16,8	26	18,8	84	$\chi^2 : 12,60$ p: 0,126
LEVEM. CREYENTE	21	13,2	29	13,6	26	18,8	76	
MODERAD. CREYENTE	33	20,8	66	30,8	35	25,4	134	
BASTANTE CREYENTE	48	30,2	50	23,4	33	23,9	131	
MUY CREYENTE	35	22,0	33	15,4	18	13,0	86	
TOT. A FAVOR	4	2,5	3	1,4	5	3,6	12	$\chi^2 : 7,00$ p: 0,536
MODER. A FAVOR	43	27,0	51	23,8	38	27,5	132	
INDECISO	78	49,1	117	54,7	71	51,4	266	
MODER. EN CONTRA	23	14,5	26	12,1	20	14,5	69	
TOTALM. EN CONTRA	11	6,9	17	7,9	4	2,9	32	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPO**TABLA 12: CONOCIMIENTO CLONACIÓN**

	<u>ESCASO. O INSUF</u>		<u>ADECUADO O SUF</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
TODOS	454	67,7	217	32,3	671	
VARÓN	183	40,3	113	52,1	296	χ^2 (Yates): 7,77 p: 0,005 ^(*)
MUJER	271	59,7	104	47,4	375	
> 60	4	0,9	5	2,3	9	χ^2 : 5,79 p: 0,215
51-60	37	8,1	25	11,5	62	
41-50	147	32,4	68	31,3	215	
31-40	120	26,4	46	21,2	166	
≤ 30	146	32,2	73	33,6	219	
SOLTERO	173	38,1	82	37,8	255	χ^2 : 0,03 p: 0,982
CASAD. / SIMIL.	246	54,2	119	54,8	365	
VIUDO / SIMIL.	35	7,7	16	7,4	51	
DOCTOR	39	8,6	36	16,6	75	χ^2 : 18,99 p: 0,002 ^(*)
ESPECIALISTA.	58	12,8	41	18,9	99	
PROFESOR	27	5,9	13	6,0	40	
LCDO. O SIMIL.	7	1,5	2	0,9	9	
DPDO. O SIMIL.	215	47,5	73	33,6	288	
ALUMNO	108	23,8	52	24,0	160	
HOSPITALES	319	70,3	152	70,0	471	χ^2 : 11,66 p: 0,040
FAC. F. Y L.	49	10,8	11	5,0	60	
ESC. SUP. ING.	42	9,2	18	8,3	60	
MEDIC./C.C SALUD	44	9,6	36	16,6	80	
PTA. DEL MAR	173	54,2	84	55,5	257	χ^2 (Yates): 0,01 p: 0,911
PTO. REAL	146	45,8	68	44,5	214	
Á. MÉDICA	111	34,8	53	34,9	164	χ^2 : 0,97 p: 0,806
Á. QUIRÚRGICA	91	28,5	49	32,2	140	
MAT.- INFANTIL	45	14,1	18	11,8	63	
OTRAS	72	22,6	32	21,1	104	
SÍ SANITARIO	363	80,0	188	86,6	551	χ^2 (Yates): 4,01 p: 0,045
NO SANITARIO	91	20,0	29	13,4	120	
MEDICINA	127	35,0	96	51,1	223	χ^2 (Yates): 12,63 p: 0,000 ^(*)
ENFERMERÍA	236	65,0	92	48,9	328	
> 20 AÑOS	97	28,0	62	37,6	159	χ^2 : 7,13 p: 0,028
11-20	158	45,7	56	33,9	214	
≤ 10	91	26,3	47	28,5	138	
SÍ FAM. BENEFIC.	71	15,6	56	25,8	127	χ^2 (Yates): 9,89 p: 0,002 ^(*)
NO FAM. BENEFIC.	383	84,4	161	74,2	544	
CREYENTE	332	73,1	142	65,4	464	χ^2 (Yates): 3,82 p: 0,051
NO CREYENTE	122	26,9	75	34,6	197	

	ESCASO. O INSUF		ADECUADO O SUF		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	90	19,8	45	20,7	135	$\chi^2 : 2,12$ p: 0,345
NO PRACTICANTE	185	40,7	76	35,0	261	
	179	39,4	96	44,2	275	
NO PREJUICIOSO	230	50,7	118	54,4	348	$\chi^2 : 4,58$ p: 0,332
LEVEM. PREJUICIOSO	171	37,7	79	36,4	250	
MODERAD. PREJUICIOSO	42	9,3	17	7,8	59	
BASTANTE PREJUICIOSO	11	2,4	2	0,9	13	
MUY PREJUICIOSO	0	0,0	1	0,5	1	
NO CREYENTE	72	15,9	48	22,1	120	$\chi^2 : 5,13$ p: 0,274
LEVEM. CREYENTE	68	15,0	34	15,7	102	
MODERAD. CREYENTE	130	28,6	51	23,5	181	
BASTANTE CREYENTE	114	25,1	49	22,6	163	
MUY CREYENTE	70	15,4	35	16,1	105	
TOT. A FAVOR	9	2,0	8	3,7	17	$\chi^2 : 15,65$ p: 0,004 ^(*)
MODER. A FAVOR	112	24,7	73	33,6	185	
INDECISO	255	56,2	88	40,6	343	
MODER. EN CONTRA	56	12,3	31	14,3	87	
TOTALM. EN CONTRA	22	4,8	17	7,8	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPO”**TABLA 13: FAMILIAR BENEFICIARIO**

	<u>SÍ</u>		<u>NO</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
TODOS	127	18,9	544	81,1	671	
VARÓN	60	47,2	236	43,4	296	χ^2 (Yates): 0,47 p: 0,490
MUJER	67	52,8	308	56,6	375	
> 60	4	3,1	5	0,9	9	χ^2 : 8,46 p: 0,076
51-60	13	10,2	49	9,0	62	
41-50	30	23,6	185	34,0	215	
31-40	33	26,0	133	24,4	166	
≤ 30	47	37,0	172	31,6	219	
SOLTERO	50	39,4	205	37,7	255	χ^2 : 1,97 p: 0,373
CASAD. / SIMIL.	64	50,4	301	55,3	365	
VIUDO / SIMIL.	13	10,2	38	7,0	51	
DOCTOR	13	10,2	62	11,4	75	χ^2 : 13,59 p: 0,017
ESPECIALISTA.	17	13,4	82	15,1	99	
PROFESOR	15	11,8	25	4,6	40	
LCDO. O SIMIL.	0	0,0	9	1,7	9	
DPDO. O SIMIL.	47	37,0	241	44,3	288	
ALUMNO	35	27,6	125	23,0	160	
HOSPITALES	77	60,6	394	66,3	471	χ^2 : 12,17 p: 0,033
FAC. F. Y L.	14	11,0	46	8,5	60	
ESC. SUP. ING.	18	14,2	42	7,7	60	
MEDIC./C.C SALUD	18	14,2	62	11,4	80	
PTA. DEL MAR	34	44,1	223	56,6	257	χ^2 (Yates): 3,53 p: 0,060
PTO. REAL	43	55,9	171	43,4	214	
Á. MÉDICA	37	48,1	127	32,2	164	χ^2 : 9,36 p: 0,025
Á. QUIRÚRGICA	22	28,6	118	29,9	140	
MAT.- INFANTIL	9	11,7	54	13,7	63	
OTRAS	9	11,7	95	24,1	104	
SÍ SANITARIO	95	74,8	456	83,8	551	χ^2 (Yates): 5,10 p: 0,024
NO SANITARIO	32	25,2	88	16,2	120	
MEDICINA	40	42,1	183	40,1	223	χ^2 (Yates): 0,05 p: 0,809
ENFERMERÍA	55	57,9	273	59,9	328	
> 20 AÑOS	32	34,8	127	30,3	159	χ^2 : 1,68 p: 0,432
11-20	33	35,9	181	43,2	214	
≤ 10	27	29,3	111	26,5	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	71	55,9	383	70,4	454	χ^2 (Yates): 9,89 p: 0,002 ^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	56	44,1	161	29,6	217	
CREYENTE	86	67,7	388	71,3	474	χ^2 (Yates): 0,48 p: 0,487
NO CREYENTE	41	32,3	156	28,7	197	

	<u>SÍ</u>		<u>NO</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	27	21,3	108	19,9	135	$\chi^2 : 2,30$ p: 0,315
PRACTICANTE MODERADO	42	33,1	219	40,3	261	
NO PRACTICANTE	58	45,7	217	39,9	275	
NO PREJUICIOSO	71	55,9	277	50,9	348	$\chi^2 : 2,08$ p: 0,720
LEVEM. PREJUICIOSO	45	35,4	205	37,7	250	
MODERAD. PREJUICIOSO	10	7,9	49	9,0	59	
BASTANTE PREJUICIOSO	1	0,8	12	2,2	13	
MUY PREJUICIOSO	0	0,0	1	0,2	1	
NO CREYENTE	26	20,5	94	17,3	120	$\chi^2 : 3,09$ p: 0,542
LEVEM. CREYENTE	19	15,0	83	15,3	102	
MODERAD. CREYENTE	35	27,6	146	26,8	181	
BASTANTE CREYENTE	24	18,9	139	25,6	163	
MUY CREYENTE	23	18,1	82	15,1	105	
TOT. A FAVOR	6	4,7	11	2,0	17	$\chi^2 : 10,96$ p: 0,010 (**)
MODER. A FAVOR	41	32,3	144	26,5	185	
INDECISO	55	43,3	288	52,9	343	
MODER. EN CONTRA	13	10,2	74	13,6	87	
TOTALM. EN CONTRA	12	9,4	27	5,0	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"

TABLA 14: CREENCIAS RELIGIOSAS

	<u>CREYENTE</u>		<u>NO CREYENTE</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
TODOS	474	70,6	197	29,4	671	
VARÓN	199	42,0	97	49,2	296	χ^2 (Yates): 2,68 p: 0,101
MUJER	275	58,0	100	50,8	375	
> 60	9	1,9	0	0,0	9	χ^2 : 16,81 p: 0,002 ^(*)
51-60	47	9,9	15	7,6	62	
41-50	157	33,1	58	29,4	215	
31-40	125	26,4	41	20,8	166	
≤ 30	136	28,7	83	42,1	219	
SOLTERO	170	35,9	85	43,1	255	χ^2 : 3,68 p: 0,158
CASAD. / SIMIL.	269	56,8	96	48,7	365	
VIUDO / SIMIL.	35	7,4	16	8,1	51	
DOCTOR	56	11,8	19	9,6	75	χ^2 : 9,48 p: 0,091
ESPECIALISTA.	64	13,5	35	17,8	99	
PROFESOR	27	5,7	13	6,6	40	
LCDO. O SIMIL.	5	1,1	4	2,0	9	
DPDO. O SIMIL.	218	46,0	70	35,5	288	
ALUMNO	104	21,9	56	28,4	160	
HOSPITALES	343	72,4	128	65,0	471	χ^2 : 7,06 p: 0,216
FAC. F. Y L.	36	7,6	24	12,2	60	
ESC. SUP. ING.	41	8,6	19	9,6	60	
MEDIC./C.C SALUD	54	11,4	26	13,2	80	
PTA. DEL MAR	194	56,5	63	49,2	257	χ^2 (Yates): 1,74 p: 0,187
PTO. REAL	149	43,5	65	50,8	214	
Á. MÉDICA	118	34,4	46	35,9	164	χ^2 : 0,24 p: 0,971
Á. QUIRÚRGICA	103	30,0	37	28,9	140	
MAT.- INFANTIL	45	13,1	18	14,1	63	
OTRAS	77	22,4	27	21,1	104	
SÍ SANITARIO	397	83,8	154	78,2	551	χ^2 : 2,95 p: 0,086
NO SANITARIO	77	16,2	43	21,8	120	
MEDICINA	153	38,5	70	45,4	223	χ^2 (Yates): 1,92 p: 0,165
ENFERMERÍA	244	61,5	84	54,6	328	
> 20 AÑOS	122	33,0	37	26,2	159	χ^2 : 3,78 p: 0,150
11-20	156	42,2	58	41,1	214	
≤ 10	92	24,9	46	32,6	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	332	70,0	122	61,9	454	χ^2 (Yates): 3,82 p: 0,051
CONOC. ADEC. O SUF.	142	30,0	75	38,1	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	86	18,1	41	20,8	127	χ^2 (Yates): 0,48 p: 0,487
NO FAM. BENEFIC.	388	81,9	156	79,2	544	

	<u>CREYENTE</u>		<u>NO CREYENTE</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	135	28,5	0	0,0	135	$\chi^2 : 401,58$ $p: 0,000^{(*)}$
PRACTICANTE MODERADO	261	55,1	0	0,0	261	
NO PRACTICANTE	78	16,5	197	100	275	
NO PREJUDICIOSO	223	47,0	125	63,5	348	$\chi^2 : 17,42$ $p: 0,002^{(*)}$
LEVEM. PREJUDICIOSO	198	41,8	52	26,4	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	44	9,3	15	7,6	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	8	1,7	5	2,5	13	
MUY PREJUDICIOSO	1	0,2	0	0,0	1	
NO CREYENTE	10	2,1	110	55,8	120	$\chi^2 : 399,89$ $p: 0,000^{(*)}$
LEVEM. CREYENTE	41	8,6	61	31,0	102	
MODERAD. CREYENTE	156	32,9	25	12,7	181	
BASTANTE CREYENTE	162	34,2	1	0,5	163	
MUY CREYENTE	105	22,2	0	0,0	105	
TOT. A FAVOR	7	1,5	10	5,1	17	$\chi^2 : 67,42$ $p: 0,000^{(*)}$
MODER. A FAVOR	94	19,8	91	46,2	185	
INDECISO	261	55,1	82	41,6	343	
MODER. EN CONTRA	78	16,5	9	4,6	87	
TOTALM. EN CONTRA	34	7,2	5	2,5	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS

TABLA 15: PRACTICANTE

	<u>SÍ</u> NORMALMENTE		<u>PRACT.</u> MODER		<u>NO</u> PRACTICANTE		TOT.	ESTADÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
TODOS	135	20,1	261	38,9	275	41,0	671	
VARÓN	61	45,2	109	41,8	126	45,8	296	$\chi^2 : 0,97$ p: 0,615
MUJER	74	54,8	152	58,2	149	54,2	375	
> 60	5	3,7	3	1,1	1	0,4	9	$\chi^2 : 43,28$ p: 0,000 ^(*)
51-60	21	15,6	23	8,8	18	6,5	62	
41-50	44	32,6	89	34,1	82	29,8	215	
31-40	42	31,1	70	26,8	54	19,6	166	
≤ 30	23	17,0	76	29,1	120	43,6	219	
SOLTERO	39	28,9	91	34,9	125	45,5	255	$\chi^2 : 12,57$ p: 0,010 ^(**)
CASAD. / SIMIL.	85	63,0	150	57,5	130	47,3	365	
VIUDO / SIMIL.	11	8,1	20	7,7	20	7,3	51	
DOCTOR	21	15,6	29	11,1	25	9,1	75	$\chi^2 : 23,52$ p: 0,009 ^(**)
ESPECIALISTA	18	13,3	39	14,9	42	15,3	99	
PROFESOR	14	10,4	10	3,8	16	5,8	40	
LCDO. O SIMIL.	1	0,7	3	1,1	5	1,8	9	
DPDO. O SIMIL.	61	45,2	123	47,1	104	37,8	288	
ALUMNO	20	14,8	57	21,8	83	30,2	160	
HOSPITALES	101	74,8	194	74,3	176	64,0	471	$\chi^2 : 22,89$ p: 0,010 ^(**)
FAC. F. y L.	14	10,4	18	6,9	28	10,2	60	
ESC. SUP. ING.	10	7,4	20	7,7	30	10,9	60	
MEDIC./C.C SALUD	10	7,4	29	11,1	41	14,9	80	
PTA. DEL MAR	57	56,4	118	60,8	82	41,8	257	
PTO. REAL	44	43,6	76	39,2	94	58,2	214	$\chi^2 : 7,72$ p: 0,021
Á. MÉDICA	37	36,6	61	31,4	66	37,5	164	$\chi^2 : 2,88$ p: 0,824
Á. QUIRÚRGICA	29	28,7	59	30,4	52	29,5	140	
MAT.- INFANTIL	15	14,9	25	12,9	23	13,1	63	
OTRAS	20	19,8	49	25,3	35	19,9	104	
SÍ SANITARIO	111	82,2	223	85,4	217	78,9	551	$\chi^2 : 3,89$ p: 0,143
NO SANITARIO	24	17,8	38	14,6	58	21,1	120	
MEDICINA	46	41,4	89	39,9	88	40,5	223	$\chi^2 : 0,07$ p: 0,964
ENFERMERÍA	65	58,6	134	60,1	129	59,5	328	
> 20 AÑOS	45	39,1	64	31,4	50	26,0	159	$\chi^2 : 7,39$ p: 0,116
11-20	46	40,0	87	42,6	81	42,2	214	
≤ 10	24	20,9	53	26,0	61	31,8	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	90	66,7	185	70,9	179	65,1	454	$\chi^2 : 2,12$ p: 0,345
CONOC. ADEC. O SUF.	45	33,3	76	29,1	96	34,9	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	27	20,0	42	16,1	58	21,1	127	$\chi^2 : 2,30$ p: 0,315
NO FAM. BENEFIC.	108	80,0	219	83,9	217	78,9	544	
CREYENTE	135	100	261	100	78	28,4	474	$\chi^2 : 401,58$ p: 0,000 ^(*)
NO CREYENTE	0	0,0	0	0,0	197	71,6	197	

	<u>SÍ</u> <u>NORMALMENTE</u>		<u>PRACT.</u> <u>MODER</u>		<u>NO</u> <u>PRACTICANTE</u>		TOT.	ESTADÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
NO PREJUDICIOSO	64	47,4	121	46,4	163	59,3	348	$\chi^2 : 16,28$ p: 0,038
LEVEM. PREJUDICIOSO	56	41,5	110	42,1	84	30,5	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	12	8,9	26	10,0	21	7,6	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	2	1,5	4	1,5	7	2,5	13	
MUY PREJUDICIOSO	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	
NO CREYENTE	0	0,0	3	1,1	117	42,5	120	$\chi^2 : 553,82$ p: 0,000 ^(*)
LEVEM. CREYENTE	1	0,7	11	4,2	90	32,7	102	
MODERAD. CREYENTE	13	9,6	112	42,9	56	20,4	181	
BASTANTE CREYENTE	47	34,8	105	40,2	11	4,0	163	
MUY CREYENTE	74	54,8	30	11,5	1	0,4	105	
TOT. A FAVOR	2	1,5	4	1,5	11	4,0	17	$\chi^2 : 174,67$ p: 0,000 ^(*)
MODER. A FAVOR	13	9,6	51	19,5	121	44,0	185	
INDECISO	52	38,5	169	64,8	122	44,4	343	
MODER. EN CONTRA	40	29,6	32	12,3	15	5,5	87	
TOTALM. EN CONTRA	28	20,7	5	1,9	6	2,2	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 16: ESCALA “F”**

	\bar{X}	σ_x	ESTADÍSTICO
TODOS	4,39	0,74	
VARÓN	4,38	0,73	T: 0,124 p: 0,725
MUJER	4,40	0,75	
> 60	4,33	0,50	ANOVA: F: 2,383 p: 0,050
51-60	4,45	0,59	
41-50	4,48	0,71	
31-40	4,40	0,81	
≤ 30	4,27	0,73	
SOLTERO	4,29	0,72	ANOVA: F: 2,108 p: 0,021
CASADO / SIMIL.	4,46	0,70	
VIUDO / SIMIL.	4,37	0,97	
DOCTOR	4,53	0,62	ANOVA: F: 9,073 p: 0,000 (*)
ESPECIALISTA	4,61	0,58	
PROFESOR	4,85	0,42	
LCDO. O SIMIL.	4,78	0,44	
DPDO. O SIMIL.	4,29	0,78	
ALUMNO	4,22	0,78	
HOSPITALES	4,40	0,73	ANOVA: F: 1,452 p: 0,204
FAC. F. y L.	4,27	0,99	
ESC. SUP. ING.	4,52	0,59	
MEDIC./C.C SALUD	4,28	0,67	
PTA. DEL MAR	4,42	0,73	T: 0,038 p: 0,846
PTO. REAL	4,39	0,72	
Á. MÉDICA	4,45	0,68	ANOVA: F: 0,333 p: 0,802
Á. QUIRÚRGICA	4,39	0,76	
MAT.- INFANTIL	4,38	0,70	
OTRAS	4,38	0,78	
SÍ SANITARIO	4,39	0,72	T: 4,222 p: 0,040
NO SANITARIO	4,39	0,82	
MEDICINA	4,51	0,62	T: 3,373 p: 0,001 (*)
ENFERMERÍA	4,30	0,77	
> 20 AÑOS	4,44	0,70	ANOVA: F: 0,261 p: 0,770
11-20	4,46	0,76	
≤ 10	4,41	0,72	
CONOC. ESC. O INSUF.	4,37	0,75	T: 0,703 p: 0,402
CONOC. ADEC. O SUF.	4,43	0,72	
SÍ FAM. BENEFIC.	4,46	0,68	T: 1,346 p: 0,246
NO FAM. BENEFIC.	4,37	0,75	
CREYENTE	4,34	0,73	T: 2,723 p: 0,007 (**)
NO CREYENTE	4,51	0,77	

	\bar{X}	σ_x	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	4,33	0,76	ANOVA: F: 2,597 p: 0,075
	4,33	0,72	
NO PRACTICANTE	4,47	0,75	
NO PREJUICIOSO	/	/	
LEVEM. PREJUICIOSO	/	/	
MODERAD. PREJUICIOSO	/	/	
BASTANTE PREJUICIOSO	/	/	
MUY PREJUICIOSO	/	/	
NO CREYENTE	4,59	0,65	ANOVA: F: 6,923 p: 0,000 (*)
LEVEMENTE CREYENTE	4,53	0,67	
MODERAD. CREYENTE	4,40	0,72	
BASTANTE CREYENTE	4,18	0,80	
MUY CREYENTE	4,32	0,75	
TOT. A FAVOR	4,59	0,51	ANOVA: F: 6,262 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	4,57	0,63	
INDECISO	4,26	0,78	
MODER. EN CONTRA	4,38	0,72	
TOTALM. EN CONTRA	4,54	0,76	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 17: ESCALA “R”**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	2,95	1,31	
VARÓN	3,00	1,39	T: 3,930 p: 0,048
MUJER	2,01	1,26	
> 60	1,67	1,00	ANOVA: F: 6,874 p: 0,000 (*)
51-60	2,65	1,38	
41-50	2,93	1,36	
31-40	2,78	1,20	
≤ 30	3,26	1,28	
SOLTERO	3,10	1,30	ANOVA: F: 2,475 p: 0,085
CASADO/ SIMIL.	2,87	1,32	
VIUDO / SIMIL.	2,86	1,33	
DOCTOR	2,79	1,38	ANOVA: F: 1,531 p: 0,178
ESPECIALISTA	3,01	1,40	
PROFESOR	2,90	1,65	
LCDO. O SIMIL.	3,11	1,45	
DPDO. O SIMIL.	2,86	1,21	
ALUMNO	3,18	1,31	
HOSPITALES	2,89	1,28	ANOVA: F: 2,018 p: 0,074
FAC. F. y L.	3,10	1,57	
ESC. SUP. ING.	3,15	1,38	
MEDIC./C.C SALUD	3,11	1,23	
PTA. DEL MAR	2,79	1,25	
PTO. REAL	3,00	1,32	T: 0,334 p: 0,564
Á. MÉDICA	1,25	0,10	ANOVA: F: 1,495 p: 0,215
Á. QUIRÚRGICA	1,32	0,11	
MAT.- INFANTIL	1,27	0,16	
OTRAS	1,28	0,12	
SÍ SANITARIO	2,92	1,29	T: 7,579 p: 0,005 (*)
NO SANITARIO	3,13	1,47	
MEDICINA	2,91	1,38	T: 0,026 p: 0,979
ENFERMERÍA	2,92	1,21	
> 20 AÑOS	2,67	1,33	ANOVA: F: 3,657 p: 0,026
11-20	2,93	1,29	
≤ 10	3,07	1,31	
CONOC. ESC. O INSUF.	2,91	1,28	T: 3,529 p: 0,061
CONOC. ADEC. O SUF.	3,05	1,38	
SÍ FAM. BENEFIC.	3,01	1,38	T: 0,382 p: 0,537
NO FAM. BENEFIC.	2,94	1,30	
CREYENTE	2,34	0,98	T: 20,539 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	4,42	0,73	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	1,56	0,70	ANOVA: F: 528,517 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	2,43	0,79	
	4,13	0,90	
NO PREJUICIOSO	3,18	1,35	ANOVA: F: 5,794 p: 0,000 (*)
LEVEM. PREJUICIOSO	2,76	1,26	
MODERAD. PREJUICIOSO	2,51	1,15	
BASTANTE PREJUICIOSO	2,77	1,36	
MUY PREJUICIOSO	2,00	0,00	
NO CREYENTE	/	/	
LEVEM. CREYENTE	/	/	
MODERAD. CREYENTE	/	/	
BASTANTE CREYENTE	/	/	
MUY CREYENTE	/	/	
TOT. A FAVOR	3,88	1,11	ANOVA: F: 38,691 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	3,68	1,17	
INDECISO	2,85	1,23	
MODER. EN CONTRA	2,11	1,09	
TOTALM. EN CONTRA	1,90	1,18	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%
 (**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 18: ESCALA “C”**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	115,18	24,81	
VARÓN	113,99	26,22	T: 2,336 p: 0,127
MUJER	116,12	23,63	
> 60	117,89	24,14	ANOVA: F: 1,995 p: 0,094
51-60	117,79	27,36	
41-50	115,84	25,03	
31-40	118,04	24,41	
≤ 30	111,52	23,92	
SOLTERO	112,33	22,67	ANOVA: F: 4,522 p: 0,010 (**)
CASADO/ SIMIL.	116,08	25,52	
VIUDO / SIMIL.	123,02	27,98	
DOCTOR	124,56	26,76	ANOVA: F: 2,785 p: 0,010 (**)
ESPECIALISTA	115,35	25,19	
PROFESOR	113,18	33,50	
LCDO. O SIMIL.	118,33	24,51	
DPDO. O SIMIL.	114,56	22,38	
ALUMNO	112,13	24,62	
HOSPITALES	116,18	23,87	ANOVA: F: 2,656 p: 0,022
FAC. F. y L.	111,30	25,90	
ESC. SUP. ING.	117,23	30,63	
MEDIC./C.C SALUD	108,44	23,14	
PTA. DEL MAR	118,42	23,99	T: 0,209 p: 0,648
PTO. REAL	113,95	23,75	
Á. MÉDICA	114,72	24,88	ANOVA: F: 1,040 p: 0,374
Á. QUIRÚRGICA	117,26	24,19	
MAT.- INFANTIL	114,02	24,92	
OTRAS	119,29	21,42	
SÍ SANITARIO	115,38	23,98	T: 6,098 p: 0,010 (**)
NO SANITARIO	114,27	28,40	
MEDICINA	118,22	25,70	T: 7,607 p: 0,005 (*)
ENFERMERÍA	113,15	22,57	
> 20 AÑOS	116,81	25,47	ANOVA: F: 1,095 p: 0,335
11-20	117,35	25,53	
≤ 10	113,49	22,82	
CONOC. ESC. O INSUF.	115,77	23,32	T: 14,450 p: 0,000 (**)
CONOC. ADEC. O SUF.	112,94	27,67	
SÍ FAM. BENEFIC.	110,61	27,95	T: 4,035 p: 0,010 (**)
NO FAM. BENEFIC.	116,01	23,97	
CREYENTE	120,05	24,24	T: 8,284 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	102,45	22,13	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	135,13	25,75	ANOVA: F: 83,632 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	115,65	20,60	
NO PREJUICIOSO	104,95	21,83	
NO PREJUICIOSO	113,60	26,26	ANOVA: F: 1,477 p: 0,208
LEVEM. PREJUICIOSO	116,44	23,49	
MODERAD. PREJUICIOSO	119,02	21,31	
BASTANTE PREJUICIOSO	112,92	21,75	
MUY PREJUICIOSO	153,00	0,00	
NO CREYENTE	101,54	20,78	ANOVA: F: 47,391 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	102,01	19,31	
MODERAD. CREYENTE	113,16	21,77	
BASTANTE CREYENTE	123,06	23,16	
MUY CREYENTE	134,82	23,96	
TOT. A FAVOR	/	/	
MODER. A FAVOR	/	/	
INDECISO	/	/	
MODER. EN CONTRA	/	/	
TOTALM. EN CONTRA	/	/	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES DE LA MUESTRA TOTAL-“TODOS”- EN EL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN. ÍTEM POR ÍTEM.

TABLA 19

	A		B		C	
	N	%	N	%	N	%
1	248	37,0	248	37,0	175	26,1
2	200	29,8	286	42,6	185	27,6
3	188	28,0	250	37,3	233	34,7
4	280	41,7	224	33,4	167	24,9
5	427	63,6	174	25,9	70	10,4
6	129	19,2	289	43,1	253	37,7
7	180	26,8	256	38,2	235	35,0
8	143	21,3	262	39,0	266	39,6
9	238	35,5	281	41,9	152	22,7
10	278	41,4	232	34,6	161	24,0
11	80	11,9	219	32,6	372	55,4
12	175	26,1	277	41,3	219	32,6
13	318	47,4	193	28,8	160	23,8
14	504	75,1	86	12,8	81	12,1
15	168	25,1	279	41,6	224	33,4
16	319	47,5	218	32,5	134	20,0
17	204	30,4	271	40,4	196	29,2
18	101	15,1	181	27,0	389	58,0
19	307	45,8	215	32,0	149	22,2
20	219	32,6	247	36,8	205	30,6
21	227	33,8	265	39,5	179	26,7
22	224	33,4	240	35,8	207	30,8
23	163	24,3	249	37,1	259	38,6
24	334	49,8	222	33,1	115	17,1
25	215	32,0	304	45,3	152	22,7
26	273	40,7	280	41,7	118	17,6
27	244	36,4	267	39,8	160	23,8

28	208	31,0	281	41,9	182	27,1
29	127	18,9	287	42,8	257	38,3
30	295	44,0	215	32,0	161	24,0
31	194	28,9	208	31,5	269	40,1
32	118	17,6	204	30,4	349	52,0
33	159	23,7	267	39,8	245	36,5
34	427	63,6	160	23,8	84	12,5
35	128	19,1	261	38,9	282	42,0
36	287	42,8	242	36,1	142	21,2
37	143	21,3	300	44,7	228	34,0
38	438	65,3	152	22,7	81	12,1
39	228	34,0	280	41,7	163	24,3
40	159	23,7	279	41,6	233	34,7
41	112	16,7	274	40,8	285	42,5
42	260	38,7	306	45,6	105	15,6
43	231	34,4	269	40,1	171	25,5
44	272	40,5	290	43,2	109	16,2
45	123	18,3	359	53,5	189	28,2
46	222	33,1	273	40,7	176	26,2
47	232	34,6	280	41,7	159	23,7
48	328	48,9	211	31,4	132	19,7
49	172	25,6	265	39,5	234	34,9
50	90	13,4	202	30,1	379	56,5
51	291	43,4	262	39,0	118	17,6
52	309	46,1	220	32,8	142	21,2
53	209	31,1	266	39,6	196	29,2
54	323	48,1	253	37,7	95	14,2
55	161	24,0	247	36,8	263	39,2
56	104	15,5	215	32,0	352	52,5
57	234	34,9	252	37,6	185	27,6
58	254	37,9	263	39,2	154	23,0
59	197	29,4	281	41,9	193	28,8

**RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL (TODOS) DE CADA
SUBESCALA O FACTOR DE LA ESCALA “C”**

TABLA 20: TODOS

	<u>EN CONTRA</u>		<u>INDECISO</u>		<u>A FAVOR</u>		X	σX	CATEGORÍA
	N	%	N	%	N	%			
FACTOR 1	172	25,6	341	50,8	158	23,5	30,45	7,67	2,02
FACTOR 2	127	18,9	346	51,6	198	29,5	11,55	3,15	1,89
FACTOR 3	109	16,2	405	60,4	157	23,4	27,36	5,99	1,93
FACTOR 4	115	17,1	408	60,8	148	22,1	9,76	2,65	1,95
FACTOR 5	154	23,0	263	39,2	254	37,9	1,85	0,77	1,85
FACTOR 6	193	28,8	281	41,9	197	29,4	1,99	0,76	1,99
FACTOR 7	110	16,4	406	60,5	155	23,1	11,64	2,93	1,93
FACTOR 8	38	5,7	444	66,2	189	28,2	8,83	2,14	1,77
FACTOR 9	174	25,9	351	52,3	146	21,8	8,08	1,98	2,04
FACTOR 10	67	10,0	446	66,5	158	23,5	3,67	1,26	1,86
FACTOR 11	146	21,8	459	68,4	66	9,8	19,04	3,70	2,12
ESCALA “C” COMPLETA	126	18,78	343	51,11	202	30,10	115,18	24,81	2,92

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 21: FACTOR 1**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	30,45	7,67	
VARÓN	29,92	7,97	T: 0,620 p: 0,431
MUJER	30,86	7,41	
> 60	30,33	7,81	ANOVA: F: 2,150 p: 0,073
51-60	30,89	7,83	
41-50	30,80	7,73	
31-40	31,40	7,45	
≤ 30	29,25	7,65	
SOLTERO	29,61	7,25	ANOVA: F: 3,491 p: 0,031
CASADO / SIMIL.	30,76	7,87	
VIUDO / SIMIL.	32,39	7,93	
DOCTOR	32,92	7,51	ANOVA: F: 3,664 p: 0,003 (*)
ESPECIALISTA	31,43	7,67	
PROFESOR	28,55	10,25	
LCDO. O SIMIL.	32,33	6,76	
DPDO. O SIMIL.	30,46	6,99	
ALUMNO	29,02	7,90	
HOSPITALES	31,02	7,23	ANOVA: F: 4,125 p: 0,001 (*)
FAC. F. y L.	28,08	8,12	
ESC. SUP. ING.	30,62	9,47	
MEDIC./C.C SALUD	28,29	7,64	
PTA. DEL MAR	31,74	7,15	
PTO. REAL	30,31	7,32	T: 0,004 p: 0,947
Á. MÉDICA	30,63	7,50	ANOVA: F: 0,905 p: 0,439
Á. QUIRÚRGICA	31,05	7,20	
MAT.- INFANTIL	30,75	8,06	
OTRAS	32,08	6,66	
SÍ SANITARIO	30,68	7,37	T: 9,334 p: 0,002 (*)
NO SANITARIO	29,35	8,87	
MEDICINA	31,53	7,59	T: 1,904 p: 0,168
ENFERMERÍA	30,11	7,18	
> 20 AÑOS	31,13	7,59	ANOVA: F: 0,125 p: 0,883
11-20	30,83	7,63	
≤ 10	30,72	7,25	
CONOC. ESC. O INSUF.	31,69	7,25	T: 10,235 p: 0,001 (*)
CONOC. ADEC. O SUF.	29,03	8,49	
SÍ FAM. BENEFIC.	29,26	8,41	T: 1,760 p: 0,185
NO FAM. BENEFIC.	30,72	7,47	
CREYENTE	32,14	7,34	T: 9,460 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	26,36	6,88	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	36,26	7,42	ANOVA: F: 84,034 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	31,07	6,42	
NO PREJUICIOSO	27,00	6,99	
LEVEM. PREJUICIOSO	29,77	8,10	ANOVA: F: 1,707 p: 0,147
MODERAD. PREJUICIOSO	31,16	7,37	
BASTANTE PREJUICIOSO	31,58	6,04	
MUY PREJUICIOSO	29,23	7,60	
NO CREYENTE	35,00	0,00	
LEVEM. CREYENTE	25,60	6,51	ANOVA: F: 49,429 p: 0,000 (*)
MODERAD. CREYENTE	26,53	6,13	
BASTANTE CREYENTE	30,09	7,17	
MUY CREYENTE	33,20	6,70	
TOT. A FAVOR	36,12	6,80	
MODER. A FAVOR	17,76	1,71	ANOVA: F: 451,589 p: 0,000 (*)
INDECISO	22,81	4,13	
MODER. EN CONTRA	31,22	4,27	
TOTALM. EN CONTRA	40,14	3,64	
	43,77	1,31	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 22: FACTOR 2**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	11,55	3,15	
VARÓN	11,33	3,27	T: 3,088 p: 0,079
MUJER	11,73	3,03	
> 60	10,67	3,00	ANOVA: F: 1,736 p: 0,140
51-60	11,95	3,47	
41-50	11,72	3,24	
31-40	11,78	3,17	
≤ 30	11,14	2,93	
SOLTERO	11,27	2,88	ANOVA: F: 2,271 p: 0,104
CASADO / SIMIL.	11,66	3,24	
VIUDO / SIMIL.	12,20	3,69	
DOCTOR	12,64	3,38	ANOVA: F: 2,852 p: 0,010^(**)
ESPECIALISTA	11,53	3,16	
PROFESOR	11,40	4,02	
LCDO. O SIMIL.	12,11	3,14	
DPDO. O SIMIL.	11,58	2,96	
ALUMNO	11,01	3,03	
HOSPITALES	11,73	3,08	ANOVA: F: 2,355 p: 0,039
FAC. F. y L.	10,97	3,17	
ESC. SUP. ING.	11,53	3,82	
MEDIC./C.C SALUD	10,85	2,78	
PTA. DEL MAR	11,96	3,10	
PTO. REAL	11,50	3,07	T: 0,004 p: 0,948
Á. MÉDICA	11,63	3,19	ANOVA: F: 1,131 p: 0,336
Á. QUIRÚRGICA	11,98	3,14	
MAT.- INFANTIL	11,21	3,24	
OTRAS	11,95	2,76	
SÍ SANITARIO	11,62	3,06	T: 4,320 p: 0,038
NO SANITARIO	11,25	3,51	
MEDICINA	11,87	3,23	T: 3,147 p: 0,077
ENFERMERÍA	11,45	2,94	
> 20 AÑOS	11,79	3,32	ANOVA: F: 0,497 p: 0,609
11-20	11,82	3,24	
≤ 10	11,49	2,87	
CONOC. ESC. O INSUF.	11,88	3,02	T: 5,678 p: 0,010^(**)
CONOC. ADEC. O SUF.	11,20	3,39	
SÍ FAM. BENEFIC.	11,35	3,36	T: 1,749 p: 0,186
NO FAM. BENEFIC.	11,60	3,10	
CREYENTE	12,06	3,12	T: 6,725 p: 0,000^(*)
NO CREYENTE	10,32	2,88	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	13,81	3,33	ANOVA: F: 58,429 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	11,49	2,72	
NO PREJUICIOSO	10,51	2,86	
LEVEM. PREJUICIOSO	11,61	3,25	ANOVA: F: 1,241 p: 0,292
MODERAD. PREJUICIOSO	11,48	2,30	
BASTANTE PREJUICIOSO	11,56	3,13	
MUY PREJUICIOSO	10,92	3,12	
NO CREYENTE	18,00	0,00	
LEVEM. CREYENTE	10,11	2,83	ANOVA: F: 30,799 p: 0,000 (*)
MODERAD. CREYENTE	10,14	2,70	
BASTANTE CREYENTE	11,34	2,73	
MUY CREYENTE	12,39	3,00	
TOT. A FAVOR	13,65	3,27	
MODER. A FAVOR	6,29	0,67	ANOVA: F: 347,633 p: 0,000 (*)
INDECISO	8,88	1,72	
MODER. EN CONTRA	11,60	1,95	
TOTALM. EN CONTRA	15,41	1,77	
	17,54	0,79	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 23: FACTOR 3**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	27,36	5,99	
VARÓN	27,22	6,17	T: 2,492 p: 0,115
MUJER	27,47	5,85	
> 60	28,56	6,93	ANOVA: F: 2,139 p: 0,075
51-60	28,08	6,86	
41-50	27,57	5,90	
31-40	27,98	5,88	
≤ 30	26,44	5,79	
SOLTERO	26,60	5,68	ANOVA: F: 5,361 p: 0,005 (*)
CASADO / SIMIL.	27,62	6,04	
VIUDO / SIMIL.	29,37	6,60	
DOCTOR	29,72	6,47	ANOVA: F: 2,997 p: 0,010 (**)
ESPECIALISTA	27,19	6,17	
PROFESOR	27,45	7,25	
LCDO. O SIMIL.	27,89	6,29	
DPDO. O SIMIL.	27,22	5,55	
ALUMNO	26,57	5,88	
HOSPITALES	27,58	5,88	ANOVA: F: 2,405 p: 0,036
FAC. F. y L.	26,70	5,98	
ESC. SUP. ING.	27,65	6,73	
MEDIC./C.C SALUD	26,10	5,58	
PTA. DEL MAR	28,07	5,95	
PTO. REAL	27,09	5,81	T: 0,080 p: 0,777
Á. MÉDICA	27,23	6,27	ANOVA: F: 0,721 p: 0,540
Á. QUIRÚRGICA	27,86	6,02	
MAT.- INFANTIL	27,22	5,59	
OTRAS	28,17	5,35	
SÍ SANITARIO	27,40	5,91	T: 0,956 p: 0,329
NO SANITARIO	27,18	6,36	
MEDICINA	28,10	6,42	T: 10,192 p: 0,001 (*)
ENFERMERÍA	26,83	5,49	
> 20 AÑOS	27,70	6,29	ANOVA: F: 1,540 p: 0,215
11-20	28,02	6,00	
≤ 10	26,88	5,67	
CONOC. ESC. O INSUF.	28,90	5,67	T: 11,783 p: 0,001 (*)
CONOC. ADEC. O SUF.	26,96	6,60	
SÍ FAM. BENEFIC.	26,21	6,60	T: 4,469 p: 0,010 (**)
NO FAM. BENEFIC.	27,81	5,83	
CREYENTE	29,27	6,02	T: 6,265 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	25,18	5,31	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	31,81	6,30	ANOVA: F: 62,170 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	27,16	5,29	
NO PREJUICIOSO	25,37	5,28	
NO PREJUICIOSO	27,33	5,99	ANOVA: F: 1,248 p: 0,289
LEVEM. PREJUICIOSO	27,30	5,95	
MODERAD. PREJUICIOSO	27,78	6,10	
BASTANTE PREJUICIOSO	26,62	5,72	
MUY PREJUICIOSO	40,00	0,00	
NO CREYENTE	25,12	5,09	ANOVA: F: 34,576 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	24,26	4,57	
MODERAD. CREYENTE	26,70	5,40	
BASTANTE CREYENTE	28,78	6,13	
MUY CREYENTE	31,88	5,69	
TOT. A FAVOR	19,00	1,97	ANOVA: F: 473,772 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	21,74	2,90	
INDECISO	27,48	3,37	
MODER. EN CONTRA	35,24	2,62	
TOTALM. EN CONTRA	39,05	2,02	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 24: FACTOR 4**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	9,76	2,65	
VARÓN	9,44	2,82	T: 1,058 p: 0,291
MUJER	9,95	2,51	
> 60	10,00	1,87	ANOVA: F: 2,345 p: 0,053
51-60	10,15	2,72	
41-50	9,89	2,69	
31-40	10,00	2,64	
≤ 30	9,32	2,60	
SOLTERO	9,45	2,53	ANOVA: F: 4,327 p: 0,010 (**)
CASADO / SIMIL.	9,85	2,67	
VIUDO / SIMIL.	10,57	2,94	
DOCTOR	10,84	2,73	ANOVA: F: 3,211 p: 0,007 (**)
ESPECIALISTA	9,71	2,76	
PROFESOR	9,93	3,31	
LCDO. O SIMIL.	9,22	2,49	
DPDO. O SIMIL.	9,67	2,43	
ALUMNO	9,43	2,68	
HOSPITALES	9,83	2,54	ANOVA: F: 1,918 p: 0,089
FAC. F. y L.	9,38	2,59	
ESC. SUP. ING.	10,05	3,21	
MEDIC./C.C SALUD	9,25	2,61	
PTA. DEL MAR	10,01	2,77	
PTO. REAL	9,66	2,32	T: 6,255 p: 0,013
Á. MÉDICA	9,68	2,66	ANOVA: F: 0,884 p: 0,449
Á. QUIRÚRGICA	9,86	2,62	
MAT.- INFANTIL	9,73	2,54	
OTRAS	10,19	2,41	
SÍ SANITARIO	9,77	2,59	T: 0,184 p: 0,854
NO SANITARIO	9,72	2,92	
MEDICINA	10,06	2,75	T: 4,957 p: 0,026
ENFERMERÍA	9,56	2,46	
> 20 AÑOS	9,99	2,61	ANOVA: F: 2,743 p: 0,065
11-20	10,05	2,71	
≤ 10	9,41	2,53	
CONOC. ESC. O INSUF.	9,91	2,54	T: 7,696 p: 0,005 (*)
CONOC. ADEC. O SUF.	9,94	2,89	
SÍ FAM. BENEFIC.	9,37	2,89	T: 3,137 p: 0,077
NO FAM. BENEFIC.	9,85	2,59	
CREYENTE	10,18	2,65	T: 6,627 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	8,74	2,36	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	11,60	2,72	ANOVA: F: 55,785 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	9,74	2,42	
	8,87	2,36	
NO PREJUICIOSO	9,69	2,74	ANOVA: F: 1,641 p: 0,162
LEVEM. PREJUICIOSO	9,79	2,64	
MODERAD. PREJUICIOSO	10,12	2,05	
BASTANTE PREJUICIOSO	8,92	2,75	
MUY PREJUICIOSO	15,00	0,00	
NO CREYENTE	8,70	2,37	ANOVA: F: 29,564 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	8,49	2,21	
MODERAD. CREYENTE	9,54	2,37	
BASTANTE CREYENTE	10,43	2,57	
MUY CREYENTE	11,53	2,70	
TOT. A FAVOR	6,00	1,12	ANOVA: F: 337,676 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	7,44	1,52	
INDECISO	9,78	1,62	
MODER. EN CONTRA	13,17	1,47	
TOTALM. EN CONTRA	14,59	0,75	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 25: FACTOR 5**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	1,85	0,77	
VARÓN	1,84	0,77	T: 0,394 p: 0,694
MUJER	1,86	0,76	
> 60	2,22	0,83	ANOVA: F: 1,377 p: 0,240
51-60	1,87	0,82	
41-50	1,84	0,75	
31-40	1,93	0,72	
≤ 30	1,79	0,79	
SOLTERO	1,81	0,77	ANOVA: F: 1,398 p: 0,248
CASAD. / SIMIL.	1,86	0,76	
VIUDO / SIMIL.	2,00	0,82	
DOCTOR	1,93	0,81	ANOVA: F: 0,258 p: 0,936
ESPECIALISTA	1,83	0,76	
PROFESOR	1,88	0,82	
LCDO. O SIMIL.	1,89	0,78	
DPDO. O SIMIL.	1,85	0,72	
ALUMNO	1,82	0,82	
HOSPITALES	1,85	0,73	ANOVA: F: 1,182 p: 0,317
FAC. F. y L.	1,92	0,87	
ESC. SUP. ING.	1,85	0,80	
MEDIC./C.C SALUD	1,75	0,77	
PTA. DEL MAR	1,89	0,76	
PTO. REAL	1,82	0,73	T: 0,976 p: 0,320
Á. MÉDICA	1,81	0,77	ANOVA: F: 0,979 p: 0,402
Á. QUIRÚRGICA	1,86	0,73	
MAT.- INFANTIL	1,81	0,71	
OTRAS	1,96	0,74	
SÍ SANITARIO	1,84	0,75	T: 0,510 p: 0,610
NO SANITARIO	1,88	0,83	
MEDICINA	1,88	0,78	T: 0,901 p: 0,368
ENFERMERÍA	1,82	0,73	
> 20 AÑOS	1,88	0,77	ANOVA: F: 0,410 p: 0,664
11-20	1,88	0,76	
≤ 10	1,81	0,71	
CONOC. ESC. O INSUF.	1,88	0,76	T: 1,365 p: 0,173
CONOC. ADEC. O SUF.	1,79	0,78	
SÍ FAM. BENEFIC.	1,62	0,76	T: 3,203 p: 0,010 (**)
NO FAM. BENEFIC.	1,98	0,76	
CREYENTE	2,00	0,75	T: 7,940 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	1,50	0,70	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	2,30	0,74	ANOVA: F: 49,619 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	1,92	0,70	
	1,56	0,71	
NO PREJUICIOSO	1,74	0,75	ANOVA: F: 5,948 p: 0,000 (*)
LEVEM. PREJUICIOSO	1,92	0,76	
MODERAD. PREJUICIOSO	2,15	0,76	
BASTANTE PREJUICIOSO	2,23	0,83	
MUY PREJUICIOSO	1,00	0,00	
NO CREYENTE	1,44	0,66	ANOVA: F: 28,789 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	1,55	0,68	
MODERAD. CREYENTE	1,85	0,72	
BASTANTE CREYENTE	2,04	0,74	
MUY CREYENTE	2,31	0,72	
TOT. A FAVOR	1,00	0,00	ANOVA: F: 127,253 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	1,28	0,51	
INDECISO	1,89	0,64	
MODER. EN CONTRA	2,59	0,62	
TOTALM. EN CONTRA	2,97	0,16	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 26: FACTOR 6**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	1,99	0,76	
VARÓN	1,97	0,77	T: 0,635 p: 0,526
MUJER	2,01	0,75	
> 60	2,11	0,78	ANOVA: F: 0,817 p: 0,514
51-60	1,98	0,80	
41-50	1,94	0,75	
31-40	2,08	0,75	
≤ 30	1,98	0,77	
SOLTERO	1,99	0,75	ANOVA: F: 1,985 p: 0,138
CASAD. / SIMIL.	1,97	0,76	
VIUDO / SIMIL.	2,20	0,80	
DOCTOR	2,12	0,69	ANOVA: F: 0,763 p: 0,577
ESPECIALISTA	1,96	0,78	
PROFESOR	2,00	0,75	
LCDO. O SIMIL.	2,00	0,71	
DPDO. O SIMIL.	1,95	0,76	
ALUMNO	2,04	0,79	
HOSPITALES	1,97	0,75	ANOVA: F: 3,381 p: 0,005 (*)
FAC. F. y L.	2,13	0,77	
ESC. SUP. ING.	2,13	0,81	
MEDIC./C.C SALUD	1,87	0,72	
PTA. DEL MAR	2,04	0,75	
PTO. REAL	1,91	0,76	T: 1,900 p: 0,058
Á. MÉDICA	1,91	0,77	ANOVA: F: 2,815 p: 0,039
Á. QUIRÚRGICA	2,05	0,73	
MAT.- INFANTIL	1,81	0,84	
OTRAS	2,10	0,69	
SÍ SANITARIO	1,96	0,75	T: 2,214 p: 0,027
NO SANITARIO	2,13	0,78	
MÉDICA	2,04	0,74	T: 1,971 p: 0,049
ENFERMERÍA	1,91	0,76	
> 20 AÑOS	1,99	0,75	ANOVA: F: 0,620 p: 0,538
11-20	2,01	0,76	
≤ 10	1,92	0,75	
CONOC. ESC. O INSUF.	2,01	0,75	T: 0,942 p: 0,347
CONOC. ADEC. O SUF.	1,95	0,79	
SÍ FAM. BENEFIC.	1,87	0,76	T: 1,973 p: 0,049
NO FAM. BENEFIC.	2,02	0,76	
CREYENTE	2,12	0,74	T: 6,750 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	1,70	0,73	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	2,41	0,72	ANOVA: F: 44,526 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	2,07	0,70	
	1,72	0,73	
NO PREJUICIOSO	1,89	0,76	ANOVA: F: 4,503 p: 0,001 (*)
LEVEM. PREJUICIOSO	2,08	0,76	
MODERAD. PREJUICIOSO	2,10	0,69	
BASTANTE PREJUICIOSO	2,46	0,87	
MUY PREJUICIOSO	3,00	0,00	
NO CREYENTE	1,68	0,73	ANOVA: F: 27,368 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	1,66	0,70	
MODERAD. CREYENTE	1,93	0,71	
BASTANTE CREYENTE	2,21	0,72	
MUY CREYENTE	2,46	0,66	
TOT. A FAVOR	1,00	0,00	ANOVA: F: 128,716 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	1,42	0,61	
INDECISO	2,04	0,61	
MODER. EN CONTRA	2,77	0,50	
TOTALM. EN CONTRA	3,00	0,00	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 27: FACTOR 7**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	11,64	2,93	
VARÓN	11,49	3,12	T: 1,163 p: 0,245
MUJER	11,75	2,77	
> 60	11,56	2,35	ANOVA: F: 0,890 p: 0,469
51-60	11,87	3,37	
41-50	11,67	2,92	
31-40	11,89	2,87	
≤ 30	11,36	2,87	
SOLTERO	11,37	2,75	ANOVA: F: 5,192 p: 0,006^(**)
CASAD. / SIMIL.	11,76	2,99	
VIUDO / SIMIL.	12,80	3,10	
DOCTOR	12,41	3,48	ANOVA: F: 1,504 p: 0,186
ESPECIALISTA	11,78	2,84	
PROFESOR	11,80	3,78	
LCDO. O SIMIL.	11,89	2,89	
DPDO. O SIMIL.	11,42	2,62	
ALUMNO	11,53	2,98	
HOSPITALES	11,63	2,83	ANOVA: F: 1,814 p: 0,108
FAC. F. y L.	11,60	2,94	
ESC. SUP. ING.	12,13	3,61	
MEDIC./C.C SALUD	11,15	2,87	
PTA. DEL MAR	11,91	2,69	
PTO. REAL	11,36	2,98	T: 2,088 p: 0,037
Á. MÉDICA	11,46	2,86	ANOVA: F: 0,886 p: 0,448
Á. QUIRÚRGICA	11,91	2,91	
MAT.- INFANTIL	11,41	2,85	
OTRAS	11,81	2,69	
SÍ SANITARIO	11,59	2,85	T: 6,247 p: 0,010^(**)
NO SANITARIO	12,87	3,29	
MEDICINA	11,94	3,09	T: 2,416 p: 0,003^(*)
ENFERMERÍA	11,15	2,65	
> 20 AÑOS	11,67	3,05	ANOVA: F: 3,069 p: 0,047
11-20	11,98	2,97	
≤ 10	11,20	2,61	
CONOC. ESC. O INSUF.	11,95	2,75	T: 12,530 p: 0,000^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	10,60	3,29	
SÍ FAM. BENEFIC.	11,20	3,34	T: 1,853 p: 0,064
NO FAM. BENEFIC.	11,74	2,82	
CREYENTE	12,05	2,93	T: 5,734 p: 0,000^(*)
NO CREYENTE	10,65	2,70	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	13,73	3,13	ANOVA: F: 57,348 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	11,56	2,57	
	10,69	2,62	
NO PREJUICIOSO	11,64	3,12	ANOVA: F: 0,557 p: 0,694
LEVEM. PREJUICIOSO	11,60	2,77	
MODERAD. PREJUICIOSO	11,93	2,56	
BASTANTE PREJUICIOSO	10,85	2,41	
MUY PREJUICIOSO	14,00	0,00	
NO CREYENTE	10,27	2,50	ANOVA: F: 27,900 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	10,49	2,38	
MODERAD. CREYENTE	11,49	2,76	
BASTANTE CREYENTE	12,29	2,73	
MUY CREYENTE	13,57	3,14	
TOT. A FAVOR	6,65	1,06	ANOVA: F: 350,929 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	9,37	1,58	
INDECISO	11,52	1,72	
MODER. EN CONTRA	15,13	2,02	
TOTALM. EN CONTRA	17,77	0,54	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"

TABLA 28: FACTOR 8

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	8,83	2,14	
VARÓN	8,88	2,14	T: 0,535 p: 0,593
MUJER	8,79	2,14	
> 60	9,33	1,94	ANOVA: F: 0,674 p: 0,610
51-60	9,10	2,12	
41-50	8,85	2,12	
31-40	8,88	2,10	
≤ 30	8,68	2,21	
SOLTERO	8,68	2,14	ANOVA: F: 1,365 p: 0,256
CASAD. / SIMIL.	8,95	2,14	
VIUDO / SIMIL.	8,67	2,11	
DOCTOR	9,65	2,28	ANOVA: F: 2,782 p: 0,010^(**)
ESPECIALISTA	8,90	2,02	
PROFESOR	8,80	2,52	
LCDO. O SIMIL.	9,56	1,13	
DPDO. O SIMIL.	8,58	1,99	
ALUMNO	8,85	2,27	
HOSPITALES	8,82	2,07	ANOVA: F: 0,493 p: 0,782
FAC. F. y L.	8,97	2,22	
ESC. SUP. ING.	8,95	2,44	
MEDIC./C.C SALUD	8,66	2,03	
PTA. DEL MAR	8,85	2,00	
PTO. REAL	8,79	2,14	T: 0,327 p: 0,744
Á. MÉDICA	8,73	2,14	ANOVA: F: 1,403 p: 0,241
Á. QUIRÚRGICA	8,94	2,08	
MAT.- INFANTIL	8,44	2,12	
OTRAS	9,05	1,86	
SÍ SANITARIO	8,80	2,10	T: 0,733 p: 0,464
NO SANITARIO	8,96	2,32	
MEDICINA	9,16	2,14	T: 3,319 p: 0,001^(*)
ENFERMERÍA	8,56	2,04	
> 20 AÑOS	8,94	2,11	ANOVA: F: 0,866 p: 0,421
11-20	8,86	2,09	
≤ 10	8,63	2,10	
CONOC. ESC. O INSUF.	8,85	2,05	T: 0,417 p: 0,677
CONOC. ADEC. O SUF.	8,78	2,31	
SÍ FAM. BENEFIC.	8,63	2,23	T: 1,163 p: 0,245
NO FAM. BENEFIC.	8,88	2,12	
CREYENTE	9,06	2,13	T: 4,471 p: 0,000^(*)
NO CREYENTE	8,26	2,05	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	10,03	2,31	ANOVA: F: 33,048 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	8,78	1,93	
	8,29	2,01	
NO PREJUICIOSO	8,55	2,24	ANOVA: F: 4,220 p: 0,002 (*)
LEVEM. PREJUICIOSO	9,02	1,95	
MODERAD. PREJUICIOSO	9,64	2,17	
BASTANTE PREJUICIOSO	8,92	1,60	
MUY PREJUICIOSO	9,00	0,00	
NO CREYENTE	8,10	1,92	ANOVA: F: 23,282 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	8,10	1,93	
MODERAD. CREYENTE	8,52	1,97	
BASTANTE CREYENTE	9,25	1,96	
MUY CREYENTE	10,25	2,30	
TOT. A FAVOR	5,65	1,00	ANOVA: F: 163,605 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	7,23	1,57	
INDECISO	8,94	1,42	
MODER. EN CONTRA	10,72	1,85	
TOTALM. EN CONTRA	12,62	1,50	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”**TABLA 29: FACTOR 9**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	8,08	1,98	
VARÓN	8,01	2,07	T: 0,823 p: 0,411
MUJER	8,13	1,90	
> 60	8,78	1,56	ANOVA: F: 1,499 p: 0,201
51-60	8,11	2,05	
41-50	7,96	2,07	
31-40	8,35	1,90	
≤ 30	7,95	1,93	
SOLTERO	7,92	1,86	ANOVA: F: 3,784 p: 0,023
CASAD. / SIMIL.	8,10	2,02	
VIUDO / SIMIL.	8,75	2,16	
DOCTOR	8,52	2,15	ANOVA: F: 1,614 p: 0,154
ESPECIALISTA	7,70	2,14	
PROFESOR	7,88	2,43	
LCDO. O SIMIL.	7,89	1,90	
DPDO. O SIMIL.	8,11	1,85	
ALUMNO	8,11	1,87	
HOSPITALES	8,07	1,95	ANOVA: F: 1,924 p: 0,088
FAC. F. y L.	7,75	2,02	
ESC. SUP. ING.	8,65	2,10	
MEDIC./C.C SALUD	7,85	1,81	
PTA. DEL MAR	8,19	1,94	T: 1,275 p: 0,203
PTO. REAL	7,96	2,00	
Á. MÉDICA	7,98	2,04	ANOVA: F: 0,484 p: 0,694
Á. QUIRÚRGICA	8,04	1,93	
MAT.- INFANTIL	8,25	2,03	
OTRAS	8,21	1,89	
SÍ SANITARIO	8,05	1,95	T: 0,748 p: 0,455
NO SANITARIO	8,20	2,10	
MEDICINA	8,03	2,08	T: 0,237 p: 0,813
ENFERMERÍA	8,07	1,86	
> 20 AÑOS	8,01	2,06	ANOVA: F: 0,845 p: 0,430
11-20	8,20	1,96	
≤ 10	7,93	2,03	
CONOC. ESC. O INSUF.	8,06	1,90	T: 0,299 p: 0,765
CONOC. ADEC. O SUF.	8,11	2,14	
SÍ FAM. BENEFIC.	7,91	2,05	T: 1,038 p: 0,299
NO FAM. BENEFIC.	8,12	1,96	
CREYENTE	8,32	1,93	T: 4,938 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	7,50	1,99	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE PRACTICANTE MODERADO	8,85	1,88	ANOVA: F: 17,259 p: 0,000 (*)
NO PRACTICANTE	8,11	1,94	
NO PREJUICIOSO	7,66	1,95	
LEVEM. PREJUICIOSO	7,92	2,03	ANOVA: F: 2,214 p: 0,066
MODERAD. PREJUICIOSO	8,28	1,99	
BASTANTE PREJUICIOSO	8,03	1,54	
MUY PREJUICIOSO	8,31	1,75	
MUY PREJUICIOSO	12,00	0,00	
NO CREYENTE	7,49	1,98	ANOVA: F: 9,179 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	7,51	1,97	
MODERAD. CREYENTE	8,12	1,85	
BASTANTE CREYENTE	8,39	1,99	
MUY CREYENTE	8,74	1,88	
TOT. A FAVOR	5,06	0,90	ANOVA: F: 95,321 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	6,95	1,84	
INDECISO	8,08	1,54	
MODER. EN CONTRA	9,78	1,43	
TOTALM. EN CONTRA	10,90	1,07	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 30: FACTOR 10**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	3,67	1,26	
VARÓN	3,70	1,33	T: 0,409 p: 0,683
MUJER	3,66	1,20	
> 60	4,33	1,26	ANOVA: F: 1,223 p: 0,300
51-60	3,79	1,23	
41-50	3,60	1,30	
31-40	3,76	1,17	
≤ 30	3,62	1,29	
SOLTERO	3,63	1,24	ANOVA: F: 2,904 p: 0,055
CASAD. / SIMIL.	3,65	1,25	
VIUDO / SIMIL.	4,08	1,37	
DOCTOR	3,89	1,34	ANOVA: F: 2,304 p: 0,043
ESPECIALISTA	3,33	1,19	
PROFESOR	3,50	1,45	
LCDO. O SIMIL.	3,56	1,24	
DPDO. O SIMIL.	3,72	1,20	
ALUMNO	3,76	1,28	
HOSPITALES	3,65	1,22	ANOVA: F: 0,905 p: 0,477 T: 1,906 p: 0,057
FAC. F. y L.	3,80	1,25	
ESC. SUP. ING.	3,67	1,36	
MEDIC./C.C SALUD	3,66	1,33	
PTA. DEL MAR	3,76	1,25	
PTO. REAL	3,54	1,19	
Á. MÉDICA	3,66	1,25	ANOVA: F: 1,403 p: 0,241
Á. QUIRÚRGICA	3,70	1,22	
MAT.- INFANTIL	3,38	1,21	
OTRAS	3,77	1,22	
SÍ SANITARIO	3,66	1,25	T: 0,574 p: 0,566
NO SANITARIO	3,73	1,30	
MEDICINA	3,61	1,26	T: 0,857 p: 0,392
ENFERMERÍA	3,70	1,24	
> 20 AÑOS	3,70	1,29	ANOVA: F: 1,324 p: 0,267
11-20	3,71	1,24	
≤ 10	3,50	1,22	
CONC. ESC. O INSUF.	3,68	1,23	T: 0,077 p: 0,939
CONOC. ADEC. O SUF.	3,67	1,31	
SÍ FAM. BENEFIC.	3,58	1,28	T: 0,906 p: 0,365
NO FAM. BENEFIC.	3,69	1,25	
CREYENTE	4,04	1,13	T: 9,329 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	3,41	1,26	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE	4,33	1,15	ANOVA: F: 35,504 p: 0,000 (*)
PRACTICANTE MODERADO	3,75	1,17	
NO PRACTICANTE	3,28	1,24	
NO PREJUICIOSO	3,46	1,29	ANOVA: F: 7,476 p: 0,000 (*)
LEVEM. PREJUICIOSO	3,81	1,20	
MODERAD. PREJUICIOSO	4,12	1,05	
BASTANTE PREJUICIOSO	4,46	0,78	
MUY PREJUICIOSO	6,00	0,00	
NO CREYENTE	3,04	1,13	ANOVA: F: 23,690 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	3,28	1,20	
MODERAD. CREYENTE	3,59	1,25	
BASTANTE CREYENTE	4,07	1,11	
MUY CREYENTE	4,30	1,19	
TOT. A FAVOR	2,53	0,80	ANOVA: F: 104,173 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	2,79	0,95	
INDECISO	3,72	1,03	
MODER. EN CONTRA	4,72	1,02	
TOTALM. EN CONTRA	5,59	0,75	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: "SUBGRUPOS"**TABLA 31: FACTOR 11**

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
TODOS	19,04	3,70	
VARÓN	18,88	3,99	T: 0,997 p: 0,319
MUJER	19,17	3,45	
> 60	20,78	3,03	ANOVA: F: 1,118 p: 0,347
51-60	19,50	3,90	
41-50	18,85	3,92	
31-40	19,24	3,64	
≤ 30	18,87	3,48	
SOLTERO	18,80	3,38	ANOVA: F: 2,697 p: 0,068
CASAD. / SIMIL.	19,05	3,82	
VIUDO / SIMIL.	20,12	4,20	
DOCTOR	20,11	4,22	ANOVA: F: 2,118 p: 0,062
ESPECIALISTA	18,43	3,94	
PROFESOR	19,00	4,62	
LCDO. O SIMIL.	18,44	4,10	
DPDO. O SIMIL.	18,86	3,37	
ALUMNO	19,28	3,51	
HOSPITALES	18,94	3,66	ANOVA: F: 0,827 p: 0,531
FAC. F. y L.	19,05	3,62	
ESC. SUP. ING.	19,72	4,31	
MEDIC./C.C SALUD	18,99	3,37	
PTA. DEL MAR	19,13	3,77	
PTO. REAL	18,75	3,57	T: 1,116 p: 0,265
Á. MÉDICA	18,82	3,80	ANOVA: F: 0,821 p: 0,483
Á. QUIRÚRGICA	18,73	3,63	
MAT.- INFANTIL	19,49	3,75	
OTRAS	19,17	3,54	
SÍ SANITARIO	18,96	3,64	T: 1,126 p: 0,261
NO SANITARIO	19,38	3,98	
MEDICINA	20,16	3,96	T: 8,773 p: 0,003 (*)
ENFERMERÍA	18,03	3,40	
> 20 AÑOS	19,18	3,85	ANOVA: F: 1,929 p: 0,146
11-20	19,14	3,87	
≤ 10	18,43	3,43	
CONOC. ESC. O INSUF.	18,00	3,52	T: 7,259 p: 0,007 (**)
CONOC. ADEC. O SUF.	19,12	4,06	
SÍ FAM. BENEFIC.	18,69	3,94	T: 1,170 p: 0,242
NO FAM. BENEFIC.	19,12	3,64	
CREYENTE	19,62	3,63	T: 6,481 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	17,64	3,51	

	\bar{X}	σ_X	ESTADÍSTICO
SÍ NORMALMENTE	21,33	3,78	ANOVA: F: 43,925 p: 0,000 (*)
PRACTICANTE MODERADO	19,06	3,35	
NO PRACTICANTE	17,89	3,46	
NO PREJUICIOSO	18,87	3,82	ANOVA: F: 1,197 p: 0,311
LEVEM. PREJUICIOSO	19,28	3,67	
MODERAD. PREJUICIOSO	19,08	3,17	
BASTANTE PREJUICIOSO	18,38	2,96	
MUY PREJUICIOSO	25,00	0,00	
NO CREYENTE	17,44	3,10	ANOVA: F: 23,301 p: 0,000 (*)
LEVEM. CREYENTE	17,51	3,33	
MODERAD. CREYENTE	18,98	3,49	
BASTANTE CREYENTE	19,88	3,69	
MUY CREYENTE	21,14	3,65	
TOT. A FAVOR	13,76	1,56	ANOVA: F: 250,867 p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	16,31	2,62	
INDECISO	18,86	2,32	
MODER. EN CONTRA	23,32	2,37	
TOTALM. EN CONTRA	26,31	0,86	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”

TABLA 32: ESCALA “F”

	MUY PREJUIC.		BAST. PREJUIC.		MOD. PREJUIC.		LEV. PREJUIC.		NO PREJUIC.		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	1	0,1	13	1,9	59	8,8	250	37,3	348	51,9	671	
VARÓN	0	0,0	5	38,5	28	47,5	114	45,6	149	42,8	296	$\chi^2 : 1,69$ p: 0,793
MUJER	1	100	8	61,5	31	52,5	136	54,4	199	57,2	375	
> 60	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4	3	0,9	9	$\chi^2 : 28,58$ p: 0,027
51-60	0	0,0	0	0,0	3	5,1	28	11,2	31	8,9	62	
41-50	0	0,0	5	38,5	13	22,0	71	28,4	126	36,2	215	
31-40	1	100	5	38,5	14	23,7	52	20,8	94	27,0	166	
≤ 30	0	0,0	3	23,1	29	49,2	93	37,2	94	27,0	219	
SOLTERO	0	0,0	4	30,8	28	47,5	113	45,2	110	31,6	255	$\chi^2 : 31,54$ p: 0,000 (*)
CASAD. / SIMIL.	0	0,0	6	46,2	28	47,5	124	49,6	207	59,5	365	
VIUDO / SIMIL.	1	100	3	23,1	3	5,1	13	5,2	31	8,9	51	
DOCTOR	0	0,0	0	0,0	5	8,5	25	10,0	45	12,9	75	$\chi^2 : 50,74$ p: 0,000 (*)
ESPECIALISTA	0	0,0	0	0,0	5	8,5	29	11,6	65	18,7	99	
PROFESOR	0	0,0	0	0,0	1	1,7	4	1,6	35	10,1	40	
LCDO. O SIMIL.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	7	2,0	9	
DPDO. O SIMIL.	1	100	8	61,5	28	47,5	120	48,0	131	37,6	288	
ALUMNO	0	0,0	5	38,5	20	33,9	70	28,0	65	18,7	160	
HOSPITALES	1	100	8	61,5	38	64,4	176	70,4	248	71,3	471	$\chi^2 : 37,62$ p: 0,010 (**)
FAC. F. y L.	0	0,0	4	30,8	11	18,6	10	4,0	35	10,0	60	
ESC. SUP. ING.	0	0,0	0	0,0	3	5,1	23	9,2	34	9,8	60	
MEDIC./C.C SALUD	0	0,0	1	7,6	7	11,9	41	16,4	31	8,9	80	
PTA. DEL MAR	1	100	5	62,5	17	44,7	96	54,5	138	55,6	257	$\chi^2 : 2,63$ p: 0,621
PTO. REAL	0	0,0	3	37,5	21	55,3	80	54,5	110	44,4	214	
A. MÉDICA	0	0,0	2	25,0	11	28,9	62	35,2	89	35,9	164	$\chi^2 : 6,99$ p: 0,858
A. QUIRÚRGICA	0	0,0	3	37,5	15	39,5	47	26,7	75	30,2	140	
MAT.- INFANTIL	0	0,0	1	12,5	5	13,2	26	14,8	31	12,5	63	
OTRAS	1	100	2	25,0	7	18,4	41	23,3	53	21,4	104	
SÍ SANITARIO	1	100	9	69,2	45	76,3	217	86,8	279	80,2	551	$\chi^2 : 7,69$ p: 0,104
NO SANITARIO	0	0,0	4	30,8	14	23,7	33	13,2	69	19,8	120	
MEDICINA	0	0,0	0	0,0	15	33,3	79	36,4	129	46,2	223	$\chi^2 : 153,09$ p: 0,010 (**)
ENFERMERÍA	1	100	9	100	30	66,7	138	63,6	150	53,8	328	
> 20 AÑOS	0	0,0	3	37,5	10	25,6	60	33,3	86	30,4	159	$\chi^2 : 9,22$ p: 0,324
11-20	1	100	5	62,5	14	35,9	68	37,8	126	44,5	214	
≤ 10	0	0,0	0	0,0	15	38,5	52	28,9	71	25,1	138	
CONC. ESC. O INSUF.	0	0,0	11	84,6	42	71,2	171	68,4	230	66,1	454	$\chi^2 : 4,59$ p: 0,332
CONOC. ADEC. O SUF.	1	100	2	15,4	17	28,8	79	31,6	118	33,9	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	0	0,0	1	7,7	10	16,9	45	18,0	71	20,4	127	$\chi^2 : 2,09$ p: 0,720
NO FAM. BENEFIC.	1	100	12	92,3	49	83,1	205	82,0	277	79,6	544	
CREYENTE	1	100	8	61,5	44	74,6	198	79,2	223	64,1	474	$\chi^2 : 17,43$ p: 0,002 (*)
NO CREYENTE	0	0,0	5	38,5	15	25,4	52	20,8	125	35,9	196	

	<u>MUY</u> <u>PREJUIC.</u>		<u>BAST.</u> <u>PREJUIC.</u>		<u>MOD.</u> <u>PREJUIC.</u>		<u>LEV.</u> <u>PREJUIC.</u>		<u>NO</u> <u>PREJUIC.</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	1	100	2	15,4	12	20,3	56	22,4	64	18,4	135	$\chi^2 : 16,28$ p: 0,038
PRACTICANTE MODERADO	0	0,0	4	30,8	26	44,1	110	44,0	121	34,8	261	
NO PRACTICANTE	0	0,0	7	53,8	21	35,6	84	33,6	163	46,8	275	
NO CREYENTE	0	0,0	2	15,4	5	8,5	33	13,2	80	23,0	120	$\chi^2 : 35,09$ p: 0,004 (*)
LEVEM. CREYENTE	0	0,0	2	15,4	4	6,8	34	13,6	62	17,8	102	
MODERAD. CREYENTE	0	0,0	2	15,4	19	32,2	65	26,0	95	27,3	181	
BASTANTE CREYENTE	1	100	5	38,5	19	32,2	77	30,8	61	17,5	163	
MUY CREYENTE	0	0,0	2	15,4	12	20,3	41	16,4	50	14,4	105	$\chi^2 : 39,00$ p: 0,001 (*)
TOT. A FAVOR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	2,8	10	2,9	17	
MODER. A FAVOR	0	0,0	2	15,4	8	13,6	57	22,8	118	33,9	185	
INDECISO	0	0,0	10	76,9	42	71,2	139	55,6	152	43,7	343	
MODER. EN CONTRA	1	100	0	0,0	6	10,2	38	15,2	42	12,1	87	
TOTALM. EN CONTRA	0	0,0	1	7,7	3	5,1	9	3,6	26	7,5	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”

TABLA 33: ESCALA “R”

	<u>MUY</u> <u>CREYENTE</u>		<u>BAST.</u> <u>CREYEN</u>		<u>MOD.</u> <u>CREYEN</u>		<u>LEV.</u> <u>CREYEN</u>		<u>NO</u> <u>CREYENTE</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	105	15,6	163	24,3	181	27,0	102	15,2	120	17,9	671	
VARÓN	56	53,3	56	34,4	76	42,0	47	46,1	61	50,8	296	χ^2 : 12,60 p: 0,010 (**)
MUJER	49	46,7	107	65,6	105	58,0	55	53,9	59	49,2	375	
> 60	5	4,8	3	1,8	0	0,0	1	1,0	0	0,0	9	χ^2 : 42,12 p: 0,000 (**)
51-60	15	14,3	19	11,7	10	5,5	9	8,8	9	7,5	62	
41-50	37	35,2	54	33,1	55	30,4	26	25,5	43	35,8	215	
31-40	27	25,7	44	27,0	51	28,2	27	26,5	17	14,2	166	
≤ 30	21	20,0	43	26,4	65	35,9	39	38,2	51	42,5	219	
SOLTERO	35	33,3	49	30,1	76	42,0	46	45,1	49	40,8	255	χ^2 : 11,68 p: 0,166
CASAD. / SIMIL.	63	60,0	96	58,9	95	52,5	49	48,0	62	51,7	365	
VIUDO / SIMIL.	7	6,7	18	11,0	10	5,5	7	6,9	9	7,5	51	
DOCTOR	15	14,3	22	13,5	15	8,3	10	9,8	13	10,8	75	χ^2 : 32,95 p: 0,034
ESPECIALISTA	18	17,1	21	12,9	22	12,2	18	17,6	20	16,7	99	
PROFESOR	12	11,4	7	4,3	6	3,3	3	2,9	12	10,0	40	
LCDO. O SIMIL.	1	1,0	3	1,8	1	0,6	2	2,0	2	1,7	9	
DPDO. O SIMIL.	40	38,1	78	47,9	90	49,7	43	42,2	37	30,8	288	
ALUMNO	19	18,1	32	19,6	47	26,0	26	25,5	36	30,0	160	
HOSPITALES	74	70,5	124	76,1	128	70,7	73	71,6	72	60,0	471	χ^2 : 32,39 p: 0,010 (**)
FAC. F. y L.	12	11,4	14	8,6	10	5,5	4	3,9	20	16,7	60	
ESC. SUP. ING.	10	9,5	8	4,9	19	10,5	9	8,8	14	11,7	60	
MEDIC./C.C SALUD	9	8,6	17	10,4	24	13,2	16	15,7	14	11,7	80	
PTA. DEL MAR	41	55,4	75	60,5	73	57,0	33	45,2	35	48,6	257	
PTO. REAL	33	44,6	49	39,5	55	43,0	40	54,8	37	51,4	214	χ^2 : 5,50 p: 0,223
Á. MÉDICA	20	27,0	39	31,5	48	37,5	31	42,5	26	36,1	164	χ^2 : 12,86 p: 0,379
Á. QUIRÚRGICA	24	32,4	35	28,2	36	28,1	22	30,1	23	31,9	140	
MAT.- INFANTIL	13	17,6	19	15,3	13	10,2	12	16,4	6	8,3	63	
OTRAS	17	23,0	31	25,0	31	24,2	8	11,0	17	23,6	104	
SÍ SANITARIO	83	79,0	141	86,5	152	84,0	89	87,3	86	71,7	551	χ^2 : 13,99 p: 0,007 (**)
NO SANITARIO	22	21,0	22	13,5	29	16,0	13	12,7	34	28,3	120	
MEDICINA	42	50,6	54	38,3	49	32,2	37	41,6	41	47,7	223	χ^2 : 9,99 p: 0,041
ENFERMERÍA	41	49,4	87	61,7	103	67,8	52	58,4	45	52,3	328	
> 20 AÑOS	35	40,7	48	36,6	33	24,6	21	27,6	22	26,2	159	χ^2 : 12,60 p: 0,126
11-20	33	38,4	50	38,2	66	49,3	29	38,2	36	42,9	214	
≤ 10	18	20,9	33	25,2	35	26,1	26	34,2	26	31,0	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	70	66,7	114	69,9	130	71,8	68	66,7	72	60,0	454	χ^2 : 5,13 p: 0,274
CONOC. ADEC. O SUF.	35	33,3	49	30,1	51	28,2	34	33,3	48	40,0	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	23	21,9	24	14,7	35	19,3	19	18,6	26	21,7	127	χ^2 : 3,10 p: 0,542
NO FAM. BENEFIC.	82	78,1	139	85,3	146	80,7	83	81,4	94	78,3	544	
CREYENTE	105	100	162	99,4	156	86,2	41	40,2	10	8,3	474	χ^2 : 399,89 p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	0	0,0	1	0,6	25	13,8	61	59,8	110	91,7	197	

	<u>MUY</u> <u>CREYENTE</u>		<u>BAST.</u> <u>CREYEN</u>		<u>MOD.</u> <u>CREYEN.</u>		<u>LEV.</u> <u>CREYEN</u>		<u>NO</u> <u>CREYENTE</u>		TOT.	ESTAD.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	74	70,5	47	28,8	13	7,2	1	1,0	0	0,0	135	$\chi^2 : 553,82$ p: 0,000 (*)
PRACTICANTE MODERADO	30	28,6	105	64,4	112	61,9	11	10,8	3	2,5	261	
NO PRACTICANTE	1	1,0	11	6,7	56	30,9	90	88,2	117	97,5	275	
NO PREJUDICIOSO	50	47,6	61	37,4	95	52,5	62	60,8	80	66,7	348	$\chi^2 : 35,10$ p: 0,004 (*)
LEVEM. PREJUDICIOSO	41	39,5	77	47,2	65	35,9	34	33,3	33	27,5	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	12	11,4	19	11,6	19	10,5	4	3,9	5	4,2	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	2	1,9	5	3,1	2	1,1	2	2,0	2	1,7	13	
MUY PREJUDICIOSO	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	
TOT. A FAVOR	1	1,0	0	0,0	5	2,8	5	4,9	6	5,0	17	$\chi^2 : 157,82$ p: 0,000 (*)
MODER. A FAVOR	7	6,7	27	16,6	43	23,8	50	49,0	58	48,3	185	
INDECISO	48	45,7	95	58,3	108	59,7	44	43,1	48	40,0	343	
MODER. EN CONTRA	30	28,6	29	17,8	21	11,6	2	2,0	5	4,2	87	
TOTALM. EN CONTRA	19	18,1	12	7,4	4	2,2	1	1,0	3	2,5	39	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

RESULTADOS GLOBALES EN LA MUESTRA TOTAL: “SUBGRUPOS”

TABLA 34: ESCALA “C”

	<u>TOT. A FAVOR</u>		<u>MOD. A FAVOR</u>		<u>INDECISO</u>		<u>MOD. CONTRA</u>		<u>TOT. CONTRA</u>		<u>TOT.</u>	<u>ESTAD.</u>
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
TODOS	17	2,5	185	27,6	343	51,1	87	13,0	39	5,8	671	
VARÓN	12	70,6	82	44,3	145	42,3	36	41,4	21	46,2	296	$\chi^2 : 7,07$ p: 0,132
MUJER	5	29,4	103	55,7	198	57,7	51	58,6	18	46,2	375	
> 60	0	0,0	4	2,2	3	0,9	2	2,3	0	0,0	9	$\chi^2 : 18,06$ p: 0,320
51-60	2	11,8	18	9,7	27	7,9	9	10,3	6	15,4	62	
41-50	5	29,4	55	29,7	115	33,5	26	29,9	14	35,9	215	
31-40	3	17,6	35	18,9	91	26,5	24	27,6	13	33,3	166	
≤ 30	7	41,2	73	39,5	107	31,2	26	29,9	6	15,4	219	
SOLTERO	6	35,3	76	41,1	134	39,1	33	37,9	6	15,4	255	$\chi^2 : 20,56$ p: 0,008 ^(**)
CASAD. / SIMIL.	10	58,8	100	54,1	184	53,6	47	54,0	24	61,5	365	
VIUDO / SIMIL.	1	5,9	9	4,9	25	7,3	7	8,0	9	23,1	51	
DOCTOR	1	5,9	13	7,0	39	11,4	10	11,5	12	30,8	75	$\chi^2 : 49,33$ p: 0,000 ^(*)
ESPECIALISTA	1	5,9	33	17,8	43	12,5	16	18,4	6	15,4	99	
PROFESOR	4	23,5	13	7,0	12	3,5	6	6,9	5	12,8	40	
LCDO. O SIMIL.	0	0,0	3	1,6	4	1,2	2	2,3	0	0,0	9	
DPDO. O SIMIL.	6	35,3	70	37,8	168	49,0	35	40,2	9	23,1	288	
ALUMNO	5	29,4	53	28,6	77	22,4	18	20,7	7	17,9	160	
HOSPITALES	8	47,2	119	64,3	254	74,0	63	72,4	27	69,2	471	$\chi^2 : 31,51$ p: 0,009 ^(**)
FAC. F. y L.	3	17,6	18	9,7	30	8,7	5	5,7	4	10,2	60	
ESC. SUP. ING.	3	17,6	18	9,7	22	6,4	11	12,6	6	15,4	60	
MEDIC./C.C SALUD	3	17,6	30	16,2	37	10,8	8	9,2	2	5,1	80	
PTA. DEL MAR	3	37,5	58	48,7	142	55,9	41	65,1	13	48,1	257	$\chi^2 : 6,01$ p: 0,198
PTO. REAL	5	62,5	61	51,3	112	44,1	22	34,9	14	51,9	214	
Á. MÉDICA	4	50,0	45	37,8	84	33,1	20	31,7	11	40,7	164	$\chi^2 : 17,21$ p: 0,142
Á. QUIRÚRGICA	2	25,0	34	28,6	75	29,5	20	31,7	9	33,3	140	
MAT.- INFANTIL	1	12,5	24	20,2	25	9,8	10	15,9	3	11,1	63	
OTRAS	1	12,5	16	13,4	70	27,6	13	20,6	4	14,8	104	
SÍ SANITARIO	11	64,7	149	80,5	291	84,8	71	81,6	29	74,4	551	$\chi^2 : 7,17$ p: 0,127
NO SANITARIO	6	35,3	36	19,5	52	15,2	16	18,4	10	25,6	120	
MEDICINA	4	36,4	58	38,9	109	37,5	33	46,5	19	65,5	223	$\chi^2 : 9,94$ p: 0,042
ENFERMERÍA	7	63,6	91	61,1	182	62,5	38	53,5	10	34,5	328	
> 20 AÑOS	4	33,3	43	32,6	78	29,3	23	33,3	11	34,4	159	$\chi^2 : 7,00$ p: 0,536
11-20	3	25,0	51	38,6	117	44,0	26	37,7	17	53,1	214	
≤ 10	5	41,7	38	28,8	71	26,7	20	29,0	4	12,5	138	
CONOC. ESC. O INSUF.	9	52,9	112	60,5	255	74,3	56	64,4	22	56,4	454	$\chi^2 : 15,66$ p: 0,004 ^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	8	47,1	73	39,5	88	25,7	31	35,6	17	43,6	217	
SÍ FAM. BENEFIC.	6	35,3	41	22,2	55	16,0	13	14,9	12	30,8	127	$\chi^2 : 10,96$ p: 0,010 ^(**)
NO FAM. BENEFIC.	11	64,7	144	77,8	288	84,0	74	85,1	27	69,2	544	
CREYENTE	7	41,2	94	50,8	261	76,1	78	89,7	34	87,2	474	$\chi^2 : 67,42$ p: 0,000 ^(*)
NO CREYENTE	10	58,8	91	49,2	82	23,9	9	10,3	5	12,8	197	

	<u>TOT.</u> <u>A FAVOR</u>		<u>MOD. A</u> <u>FAVOR</u>		<u>INDECISO</u>		<u>MOD.</u> <u>CONTRA</u>		<u>TOT.</u> <u>CONTRA</u>		<u>TOT.</u>	<u>ESTAD.</u>
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SÍ NORMALMENTE	2	11,8	13	7,0	52	15,2	40	46,0	28	71,8	135	$\chi^2 : 174,68$ p: 0,000 (*)
PRACTICANTE MODERADO	4	23,5	51	27,6	169	49,3	32	36,8	5	12,8	261	
NO PRACTICANTE	11	64,7	121	65,4	122	35,6	15	17,2	6	15,4	275	
NO PREJUDICIOSO	10	58,8	118	63,8	152	44,3	42	48,3	26	66,7	348	$\chi^2 : 38,40$ p: 0,001 (*)
LEVEM. PREJUDICIOSO	7	41,2	57	30,8	139	40,5	38	43,7	9	23,1	250	
MODERAD. PREJUDICIOSO	0	0,0	8	4,3	42	12,2	6	6,9	3	7,7	59	
BASTANTE PREJUDICIOSO	0	0,0	2	1,1	10	2,9	0	0,0	2	2,6	13	
MUY PREJUDICIOSO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	$\chi^2 : 157,82$ p: 0,000 (*)
NO CREYENTE	6	35,3	58	31,4	48	14,0	5	5,7	3	7,7	120	
LEVEM. CREYENTE	5	29,4	50	27,0	44	12,8	2	2,3	1	2,6	102	
MODERAD. CREYENTE	5	29,4	43	23,2	108	31,5	21	24,1	4	10,3	181	
BASTANTE CREYENTE	0	0,0	27	14,6	95	27,7	29	33,3	12	30,8	163	
MUY CREYENTE	1	5,9	7	3,8	48	14,0	30	34,5	19	28,7	105	

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

(**): Estadístico significativo al n.c. del 90%

MATRIZ DE CORRELACIONES (r^2): ESCALA “C” CON “F” Y CON “R”; ESCALA “F” CON “R”

TABLA 35: (CORRELACIONES)

	<u>C con F</u> r^2	<u>C con R</u> r^2	<u>F con R</u> r^2
TODOS	-0,055	-0,427^(*)	0,129
VARÓN	-0,074	-0,455^(*)	0,217^(*)
MUJER	-0,064	-0,459^(*)	0,132^(**)
> 60	-0,504	-0,307	0,000
51-60	-0,008	-0,561^(*)	0,179
41-50	-0,138^(*)	-0,443^(*)	0,304^(*)
31-40	0,000	-0,421^(*)	0,129
≤ 30	-0,096	-0,448^(*)	0,131
SOLTERO	-0,064	-0,466^(*)	0,041
CASAD. / SIMIL.	-0,093	-0,459^(*)	0,253^(*)
VIUDO / SIMIL.	-0,026	-0,389^(*)	0,317^(**)
DOCTOR	-0,074	-0,447^(*)	0,134
ESPECIALISTA	0,086	-0,366^(*)	0,279^(*)
PROFESOR	-0,020	-0,752^(*)	0,051
LCDO. O SIMIL.	0,297	-0,345	-0,737^(**)
DPDO. O SIMIL.	-0,184^(*)	-0,421^(*)	0,224^(*)
ALUMNO	-0,044	-0,457^(*)	0,159^(**)
HOSPITALES	-0,090	-0,409^(*)	0,208^(*)
FAC. F. y L.	-0,116	-0,526^(*)	0,201
ESC. SUP. ING.	0,163	-0,623^(*)	-0,220
MEDIC./C.C SALUD	-0,139	-0,489^(*)	0,179
PTA. DEL MAR	-0,082	-0,338^(*)	0,270^(*)
PTO. REAL	-0,105	-0,483^(*)	0,140^(**)
Á. MÉDICA	-0,013	-0,368^(*)	0,067
Á. QUIRÚRGICA	-0,105	-0,532^(*)	0,283^(*)
MAT.- INFANTIL	-0,195	-0,478^(*)	0,288^(**)
OTRAS	-0,117	-0,251^(**)	0,239^(**)
SÍ SANITARIO	-0,092^(*)	-0,426^(*)	0,202^(*)
NO SANITARIO	0,016	-0,564^(*)	0,056
MEDICINA	-0,009	-0,420^(*)	0,193^(*)
ENFERMERÍA	-0,171^(*)	-0,436^(*)	0,216^(*)
> 20 AÑOS	-0,063	-0,430^(*)	0,241^(*)
11-20	-0,091	-0,448^(*)	0,182^(**)
≤ 10	-0,125	-0,495^(*)	0,167
CONOC. ESC. O INSUF.	-0,060	-0,461^(*)	0,173^(*)
CONOC. ADEC. O SUF.	-0,077	-0,452^(*)	0,159
SÍ FAM. BENEFIC.	-0,020	-0,570^(*)	0,124
NO FAM. BENEFIC.	-0,075	-0,426^(*)	0,179^(*)
CREYENTE	-0,013	-0,408^(*)	0,102
NO CREYENTE	-0,101	-0,195^(**)	0,252^(*)

	$\frac{C \text{ con } F}{r^2}$	$\frac{C \text{ con } R}{r^2}$	$\frac{F \text{ con } R}{r^2}$
SÍ NORMALMENTE	-0,007	-0,299^(*)	0,051
PRACTICANTE MODERADO	0,022	-0,195^(*)	0,144
NO PRACTICANTE	-0,117^(**)	-0,251^(*)	0,235^(*)
NO PREJUDICIOSO		-0,515^(*)	
LEVEM. PREJUDICIOSO		-0,343^(*)	
MODERAD. PREJUDICIOSO		-0,532^(*)	
BASTANTE PREJUDICIOSO		-0,270	
MUY PREJUDICIOSO			
NO CREYENTE	-0,165		
LEVEM. CREYENTE	0,018		
MODERAD. CREYENTE	0,033		
BASTANTE CREYENTE	-0,019		
MUY CREYENTE	0,162		
TOT. A FAVOR			0,063
MODER. A FAVOR			0,121
INDECISO			0,132
MODER. EN CONTRA			0,194^(**)
TOTALM. EN CONTRA			0,463^(*)

(*): Estadístico significativo al n.c. del 95%

()**: Estadístico significativo al n.c. del 90%

5.3.- GRÁFICOS

A continuación vamos a describir los gráficos en los que se representan las tablas anteriormente vistas (dichos gráficos aparecerán insertados en el texto del capítulo VI -Análisis y Discusión de los Resultados-).

a) **Gráficos tipo "tarta"** (en relieve): En los que aparece la distribución de la muestra en los diversos subgrupos muestrales, a tenor de las diversas variables psicosociales y sociodemográficas que se han estudiado.

Así nos encontramos con una "tarta" por cada variable repartida en colores, según la distribución de la muestra en cada categoría de cada variable; fuera de la tarta se expresan los valores relativos y absolutos que alcanza cada opción; de igual modo, aparece el "N" total manejado.

De esta forma representamos 14 gráficos en los que de forma visual se puede analizar la distribución de la muestra en las categorías de las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad.
- Estado Civil.

- Nivel Académico.
- Centro de Trabajo.
- Hospitales.
- Servicio Hospitalario.
- Ser Personal Sanitario o no.
- Medicina vs. Enfermería.
- Antigüedad.
- Autopercepción sobre los conocimientos sobre la clonación.
- Tener o no algún familiar, allegado, etc que pueda ser beneficiario de la clonación.
- Ser o no creyente religioso.
- Nivel de práctica religiosa.

b) **Gráficos tipo "diagrama de barra":** En los que aparece:

b.1.- Los resultados globales de toda la muestra en los niveles de las Escalas "F", "R" y "C" (3 gráficos).

b.2.- Los resultados globales de toda la muestra en los diversos ítems de la Escala "C" (tenemos así 59 gráficos con los valores absolutos y relativos de toda la muestra en cada opción -A, B y C- de cada ítem); cada gráfico de este tipo nos ofrece lo que en el argot de la psicometría se conoce como "tónica general" (es decir, el resultado global de cada ítem).

b.3.- Los resultados globales de toda la muestra en cada Factor o Subescala de la Escala "C". (Tenemos así 11 gráficos con los valores absolutos y relativos de toda la muestra en cada opción -A, B y C- de cada Factor de la Escala "C").

b.4.- A veces, se ilustrarán, con este tipo de gráfico, algunos subgrupos, en algunas variables, que destaquen especialmente sobre la tónica general.

[Para no ser excesivamente prolijos no se presentan gráficos de correlaciones ni de los ANOVA dado que estos datos vienen claramente expuestos en las Tablas].

VI - ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

"Las verdades se convierten en dogmas desde el momento en que no son discutidas"
G. CHESTERTON (La sabiduría del Padre Brown)

En este capítulo de nuestra Tesis vamos a efectuar el análisis de los resultados obtenidos en nuestro trabajo -y ofrecidos en el capítulo anterior- contrastándolos con otros existentes en la literatura científica sobre el tema, aunque en el caso concreto de la evaluación de las actitudes en torno a la clonación la bibliografía es escasa, y nula -a fecha de hoy- en el caso concreto de esas actitudes en el Personal Sanitario.

De este modo, tras la discusión de los resultados, extraeremos las pertinentes conclusiones que, al fin y al cabo, es el norte final de todo trabajo de investigación.

Merced al gran volumen de datos manejados, al fin de obtener el máximo rendimiento y en pro de la operatividad, entraremos en los siguientes apartados:

- ✓ Análisis de los rasgos psicosociales y sociodemográficos generales de la muestra y los controles, por estratos o subgrupos.
- ✓ Análisis de los resultados obtenidos en las Escalas, su interrelación y correlaciones, y
- ✓ Análisis por ítems y factores de la Escala "C".

Como referencia ilustrativa, pueden cotejarse en el capítulo V las tablas y, en éste, los gráficos pertinentes.

6.1.- ANÁLISIS DE LOS RASGOS PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA Y LOS CONTROLES

"Los científicos no persiguen la verdad, es ésta la que los persigue a ellos"
C K. SCHLECHTA (Teoría del Conocimiento)

- Tablas 1 a 15 inclusives-

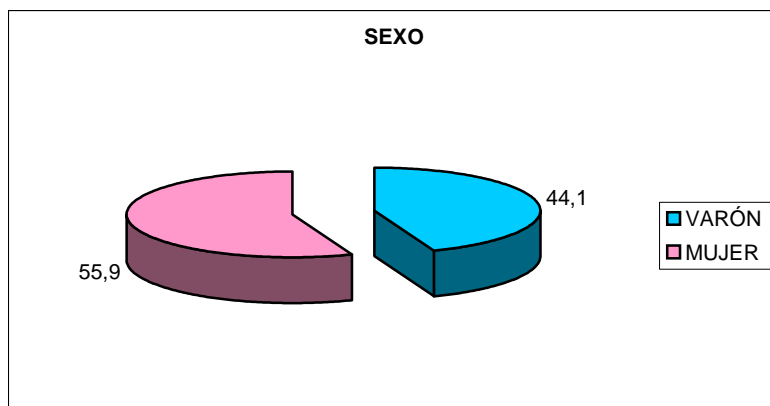
Como ya hemos indicado en varias ocasiones, hemos trabajado con un n. total de 671 sujetos que conforman el total de la muestra y los controles o el "TODOS"; veamos los rasgos sociodemográficos y psicosociales que perfilan a estos sujetos.

6.1.1.- SEXO

Tónica General:	Varones	296	44,1%	
				TOTAL 671
	Mujeres	375	55,9%	

(Tablas 1 y 2)

Como se puede apreciar, la proporción de mujeres es superior a la de los hombres, confirmándose así la constante de que en la mayoría de los Centros Hospitalarios la

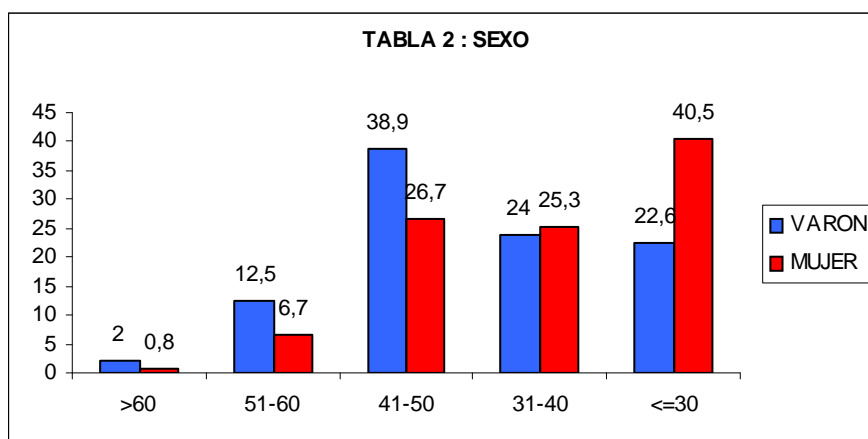


dotación de mujeres en su plantilla es superior a la de los hombres -sobre todo, en Enfermería- esta "feminización de las Profesiones Sanitarias" ⁽¹⁾ ha sido ampliamente constatada en otras investigaciones donde se han analizado muestras de poblaciones de plantillas hospitalarias y de Profesionales Sanitarios ⁽²⁻⁵⁾, de modo que las mujeres, hoy por hoy "son las más numerosas y principales proveedoras de atención sanitaria" ⁽⁶⁾, lo cual ha significado un evidente avance tras una dura y bizarra lucha por tumbar prejuicios al respecto; de hecho en 1877 el British Medical Journal decía en un editorial: "Por el propio interés de las mujeres, es mejor que no ejerzan la profesión médica... es poco probable que la mujer curse la carrera de medicina sin perder su sencillez y pureza de carácter, que tanto valoramos" ⁽⁷⁾; podría argumentarse que se trata de un editorial de 1877; pues bien, en 1976 otro editorial del mismo Br. Med. J. decía: "Cualquier doctora que decida hacer una carrera en una especialidad de prestigio, como neurocirugía o cardiología torácica, comprobará que está compitiendo con hombres que conceden el 100% de su esfuerzo a su trabajo: aquella no puede esperar tener éxito si intenta combinar su formación como especialista con criar y educar una familia ella misma" ⁽⁸⁾; creemos que la cita es bien

elocuente y precisa pocos comentarios (solo decir que un profundo artículo del Lancet ⁻⁹⁻ ha demostrado que las mujeres con ESAS ESPECIALIDADES CITADAS han abandonado MENOS el ejercicio profesional que sus homólogos varones, en los que no escasean la muerte prematura, el alcoholismo, suicidio o retirada de licencia profesional, y su rendimiento profesional es -cuanto menos- similar al de los hombres, aunque todavía existan quienes manifiesten su opinión en contra y es que -como nos recordaba el escritor griego del s. VI Juan de Estoboi "desgraciadamente, la opinión tiene más fuerza que la verdad" ⁻¹⁰⁻).

Por otro lado, hemos de destacar que la variable "sexo" es de las que ha resultado ser más diferenciadora de todas las manejadas, de modo que han aparecido diferencias significativas respecto a los varones en todas las demás variables -tanto sociodemográficas como psicosociales- (si las cotejamos atendiendo al o según el sexo de la muestra)... Estos resultados evidencian de forma empírica la particularidad diferenciadora y moduladora de la condición sexual en cualquier investigación, como constatan otros muchos estudios que se han centrado en el tema ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Centrándonos en los aspectos más llamativos, nos encontramos con que, respecto a la EDAD -ver gráfico- las mujeres son predominantemente más jóvenes que los varones en nuestra muestra (40,5 % vs. 22,6 % en los menores de 30 años) lo cual indica la mayor prevalencia de las mujeres en los niveles académicos universitarios, pero desde hace unos años para acá, pues en las edades más avanzadas predominan los hombres; esta tendencia de un mayor acceso a los niveles de estudios superiores de las mujeres es general en toda Andalucía y España desde los años 90 ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾; en relación estrecha a lo anterior, el índice de mujeres solteras -en nuestra población- es superior al de los hombres y viceversa (los hombres casados son significativamente más que las mujeres -61,8 % vs. 48,5 %-) lo cual correlaciona obviamente con la edad.



Sin embargo, precisamente ese acceso mayoritario reciente a los NIVELES ACADÉMICOS universitarios y, en concreto, a los sanitarios se deja notar claramente en los niveles "superiores" donde -a la inversa- entre los doctores el porcentaje de las mujeres es inferior al de los varones (9,6 % vs. 13,2 %) a pesar de ser más las mujeres; por el contrario, y como era de esperar en virtud de lo dicho, el índice de mujeres entre los alumnos es significativamente superior al de los varones (29,3 % vs. 16,9 %) -Esto suele refrendarse también en las investigaciones que utilizan poblaciones similares- ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

En clara coherencia con lo anterior, los varones suelen tener una mayor ANTIGÜEDAD profesional que las mujeres (al tratarse ésta de una variable dependiente de la edad).

Respecto al ÁREA SANITARIA, mientras que en el área Médica y en Otras la proporción varón/mujer es similar, los varones se decantan más por las especialidades quirúrgicas que las mujeres (31,6 % vs. 28,1 %) mientras que éstas lo hacen más por las del entorno Materno-Infantil (15,2 % vs. 11,2 %).

Pasando a los aspectos psicosociales, los varones evidencian significativamente una percepción sobre sus CONOCIMIENTOS SOBRE LA CLONACIÓN mayor que el de las mujeres (38,2 % vs. 27,7 %) lo cual -curiosamente- correlaciona con que éstos también reconocen significativamente en mayor medida tener FAMILIARES, ALLEGADOS O ELLOS MISMOS QUE SE PODRÍAN BENEFICIAR TERAPÉUTICAMENTE DE LAS TÉCNICAS DE CLONACIÓN, respecto a lo cual solo podríamos aventurar la hipótesis de que tal vez por razones obvias las personas que tienen familiares, etc que podrían beneficiarse de éstas técnicas se han preocupado más de leer sobre ellas. La hipótesis no puede cotejarse en la literatura, pues no hay nada al respecto publicado, que sepamos.

En cuanto a considerarse CREYENTE RELIGIOSO o no, las mujeres -como se constata en todas las investigaciones al respecto- ⁽¹⁹⁾ se definen como más creyentes que los hombres (73,3 % vs. 67,2 %) y, en coherencia, aparecen más varones NO PRACTICANTES (42,6 %) que mujeres (39,7 %).

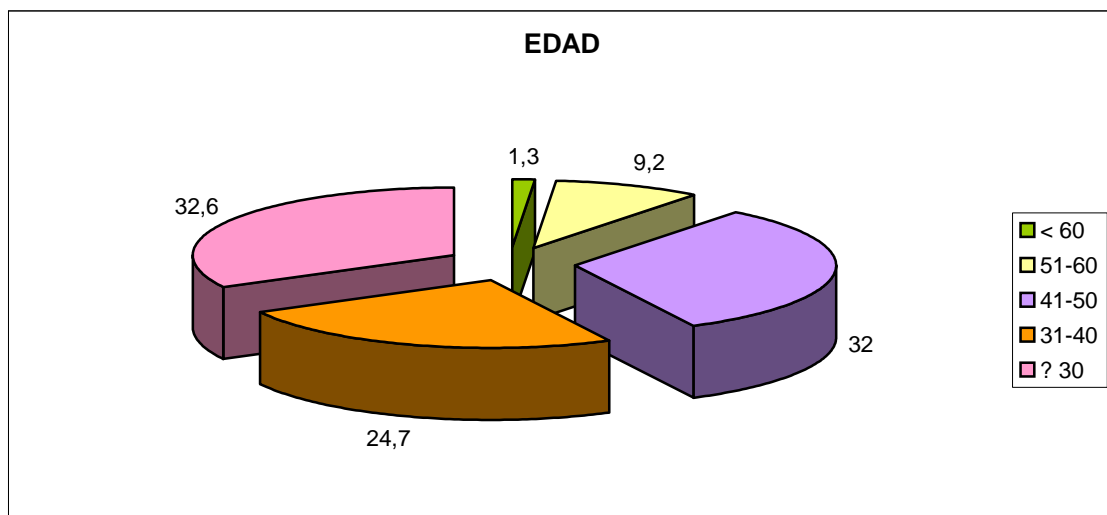
Por último, en lo tocante, a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN las mujeres tienden a estar más indecisas que los varones (52,8 % vs. 49 %) que se decantan más marcadamente que ellas tanto por estar totalmente en contra (7,1 % vs. 4,8 %) como por estar totalmente a favor (4,1 % vs. 1,3 %).

6.1.2.- EDAD

Tónica General:	> 60 años	9	1,3 %		
	51-60	62	9,2 %		
	41-50	215	32,0 %	TOTAL	671
	31-40	166	24,7 %		
	≤ 30	219	36,6 %		

(Tablas 1 y 3)

Como vemos en el gráfico, se trata de una población eminentemente joven con la moda (219 sujetos) menor de 30 años y con el 57,3 % de los sujetos menores de 40 años, aunque entre los 41 y 50 años hay un significativo 32 % de sujetos -aunque debemos advertir que se ha introducido como control a un importante número de alumnos (el 23,8 % de la muestra total); si lo eliminamos, vemos como la población, sobre todo la sanitaria, sí está algo envejecida-, (esta tónica es la que suele darse en investigaciones con poblaciones similares de la provincia ^{-20,22-}).

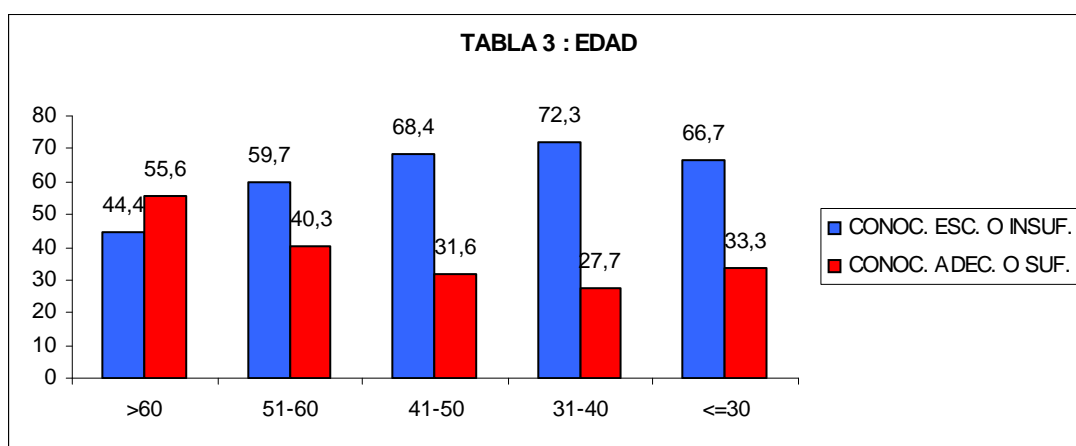


Como ya dijimos en el punto anterior, las mujeres son, como media, más jóvenes que los varones y, como era de esperar sociológicamente, los solteros conforman el grupo más joven y los viudos el de más edad; en la misma línea sociológica se constata que a mayor edad mayor ANTIGÜEDAD PROFESIONAL; y, de igual modo, los alumnos son los más

jóvenes (65,3 % de los que tienen menos de 30 años), mientras que con el grado de doctor se encuentran los mayores (44,4 % con más de 50 años).

Curiosamente se evidencia un envejecimiento mayor en el ÁREA QUIRÚRGICA (61,4 % de los que tienen más de 50 años, teniendo -a su vez- el 15,0 % de esta área esa edad) que en el resto lo cual correlaciona -a su vez- con la mayor presencia masculina en dicha área (como ya vimos)... Esto podría suponer una dificultad en el relevo generacional en las especialidades quirúrgicas. También se evidencia una media de edad más joven entre los profesionales de Enfermería vs. los de Medicina, tendencia también constatada en investigaciones con poblaciones similares ⁽²³⁾.

Es de destacar que los CONOCIMIENTOS SOBRE LA CLONACIÓN aumentan con la edad, de modo que (como ilustra el gráfico) manifiestan NO tener conocimientos suficientes el 66,7 % de los menores de 30 años, mientras que entre los mayores de 60 años poseen conocimientos suficientes el 55,6 % (que es el único estrato de edad, además, en el que se dice tener mayoritariamente un conocimiento sobre el tema adecuado o suficiente).



Muy significativa ha resultado ser la correlación entre CREENCIAS RELIGIOSAS y edad de modo que -de forma general- a más edad mayor prevalencia de creyentes y, en igual proporción, de practicantes (aunque en todas las edades el índice de los que se confiesan creyentes es significativamente superior al de los no creyentes), salvo en el caso de los menores de 30 años que, aún considerándose creyentes en un 62,1 %, no son practicantes en un 54,8 % (lo cual se corrobora en diversos estudios psicosociológicos y psicoevolutivos ⁻²⁴⁻²⁶⁻).

En cuanto a los PREJUICIOS, según la Escala F, no se constata una clara correlación entre éstos y la edad, al menos en esta población en la que todos son universitarios, aunque sí se advierte cierta tendencia a manifestarse en los extremos los más jóvenes y los de más edad, siendo ambos subgrupos en los que en menor medida aparecen sujetos sin prejuicios (33,0 % en mayores de 60 años y 42,9 % en los menores de 30 años, frente a un 52,0 % medio de sujetos sin prejuicios -como suelen confirmarlos estudios al respecto-⁻²⁷⁻²⁸⁻). Es de destacar que el descenso generalizado en los prejuicios, sobre todo en los de más edad, es palpable, pues en una investigación en la misma población, en la que se aplicó también la Escala F hace una década, apareció casi un 12,0 % de sujetos con más de 60 años con prejuicios elevados⁽²⁹⁾; obviamente se trata de una evolución saludable.

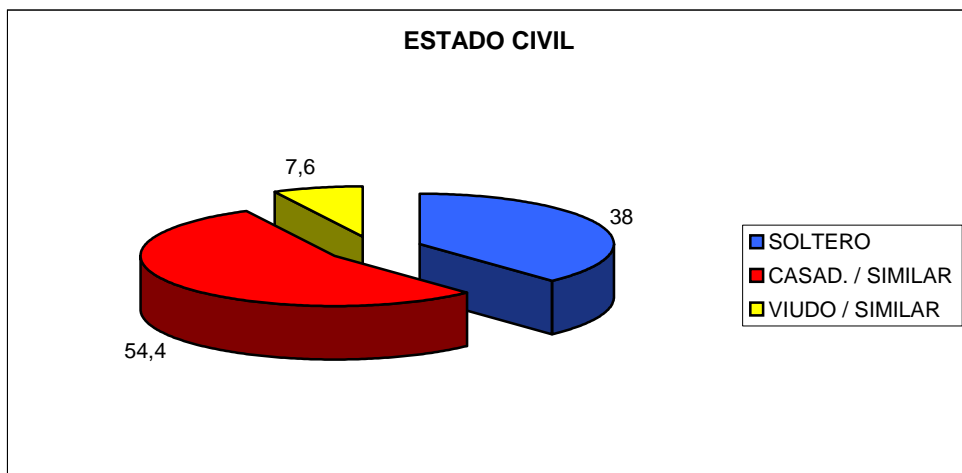
Por último, en lo que respecta a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, vemos como la edad no es un determinante diferenciador claro, aunque a medida que se es más joven se tiende a ser más indeciso.

6.1.3.- ESTADO CIVIL

Tónica General:	Solteros	255	38,0 %	TOTAL	671
	Casado/Similar	365	54,4 %		
	Viudo/Similar	51	7,6 %		

(Tablas 1 y 4)

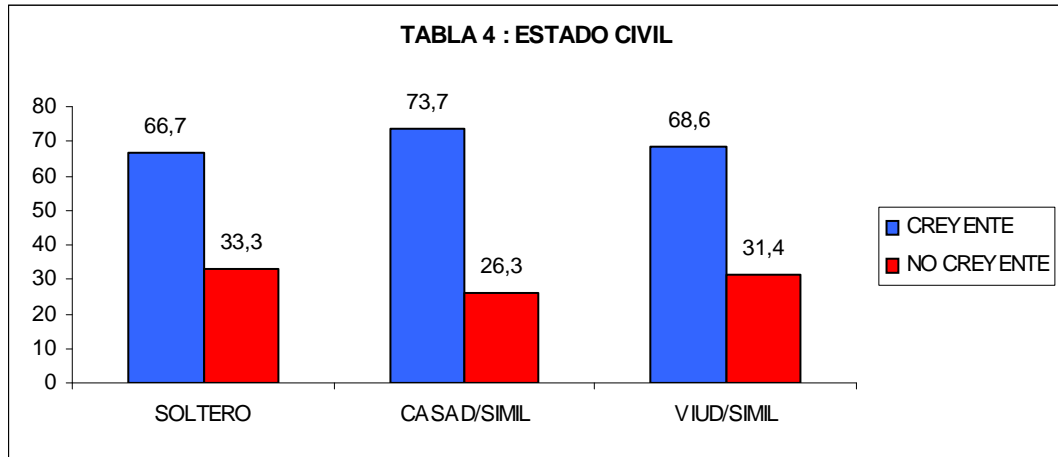
Se constata (como indica el gráfico) que la mayoría de la población (54,4 %) está casada o en una relación de pareja similar (máxime si eliminamos a los alumnos), lo que se corrobora también en otras investigaciones sobre la misma población ⁽³⁰⁻³²⁾.



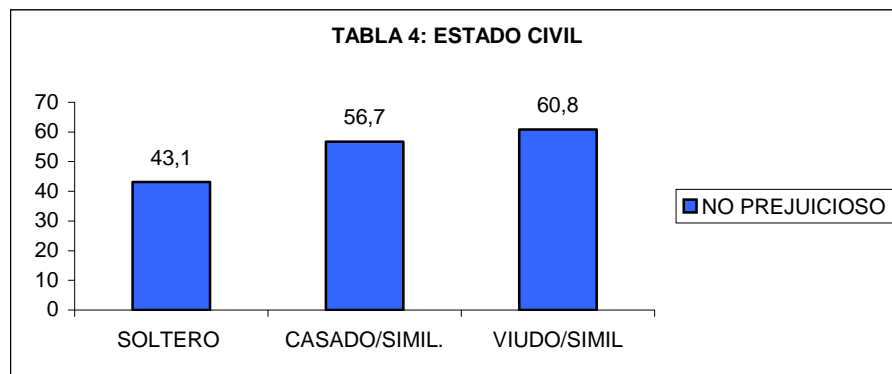
Sea como sea, es una variable que correlaciona en alta medida con la EDAD por razones obvias sociológicas lo cual hace que la valencia moduladora del Estado Civil sea similar a la de esta otra variable que acabamos de analizar en 6.1.2; así, las mujeres son mayoritariamente solteras (65,1 %) frente a los hombres (34,9 %) por ser más jóvenes; a más edad también aparecen más casados y viudos entre los sujetos de la población y son los casados y viudos también quienes presentan un mayor grado académico mientras que los solteros son los más jóvenes y los alumnos, etc... de modo que las tendencias Edad (y todas las variables dependientes de ella)/Estado Civil suelen covariar juntas (como suelen indicar también las investigaciones sociológicas en poblaciones españolas ⁻³³⁻).

Sí es de destacar -y no va solamente unido a la edad- el que aparezcan muchos más casados entre los creyentes (73,7 %) que entre los no creyentes (26,3 %) -como indica el gráfico-; apareciendo el mayor porcentaje de los creyentes entre los casados 73,7 % y el

mayor porcentaje de los no creyentes entre los solteros (33,3 %) lo cual tiene que ver con la actitud favorable hacia el matrimonio y formar así una familia entre todas las confesiones religiosas ⁽³⁴⁻³⁶⁾.



Curiosamente la absoluta falta de PREJUICIOS se evidencia más entre los casados y viudos que entre los solteros (ver gráfico) -43,1 % de solteros, 56,7 % de casados y 60,8 % de viudo o similar frente a una media del 51,9 %, en la tónica general, sin prejuicios-; algunos autores indican que la vida en familia suele favorecer un desarrollo de la tolerancia y una "madurez" social mayor por la evidente socialización que comporta la convivencia ⁽³⁷⁻³⁸⁾ aunque esta explicación no está consensuada por todos ⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.



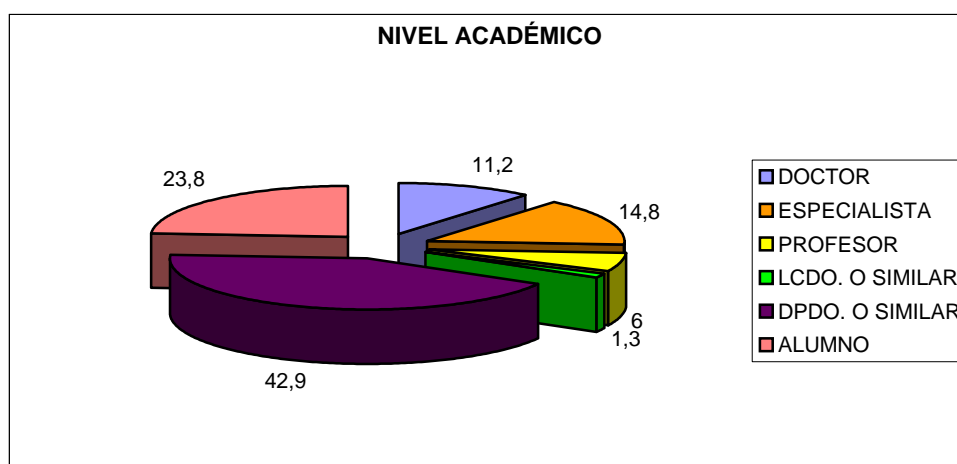
6.1.4.- NIVEL ACADÉMICO

Tónica General:	Doctor	75	11,2 %		
	Espec.	99	14,8 %		
	Prof.	40	6,0 %		
				TOTAL	671
	Lcdo.	9	1,3 %		
	Dpdo.	288	42,9 %		
	Alumno	160	23,8 %		

(Tablas 1 y 5)

[Hemos de indicar que el reparto en CATEGORÍAS de esta variable ha sido dificultoso al unir, como es necesario, en la Tónica General -Todos- tanto a la muestra como tal cuanto a la muestra/control; de ahí que aparezca un subgrupo ("Profesor") que no está conformado por P.S. y que recoge a los profesores no sanitarios (de la Facultad de Filosofía y Letras y de la Escuela Superior de Ingeniería) que forman parte del Grupo Control; en virtud de ello, para que los subgrupos fueran excluyentes, a los Sanitarios se les ha agrupado en virtud de su nivel académico (Diplomado, Licenciado, Especialista y Doctor) y no en el de su rol de ser o no Profesor, y a los Profesores no Sanitarios se les ha catalogado como tales Profesores, al margen de su nivel académico].

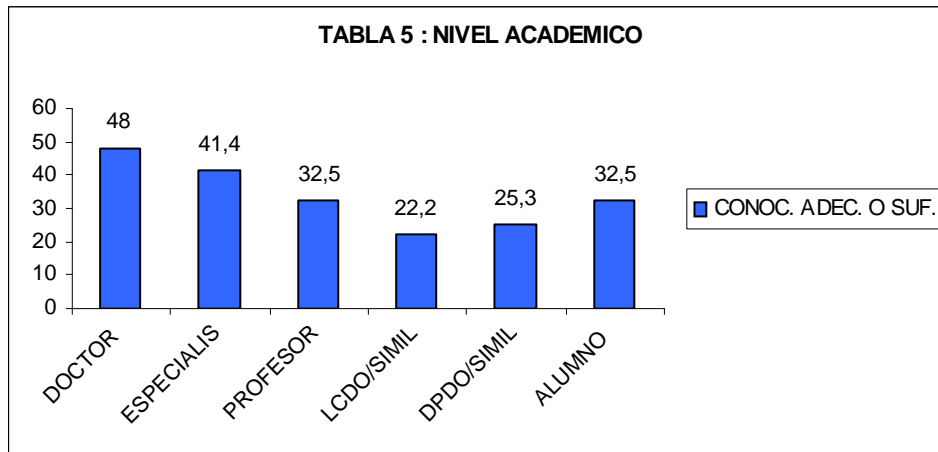
Como vemos, los Diplomados conforman el subgrupo más numeroso de la población analizada -como muestra el gráfico-, al ser los DUE los Profesionales con mayor peso cuantitativo en los hospitales analizados; así, quitando a los alumnos (un 23,8 % de la muestra/control), nos encontramos con que un 42 % de los sujetos muestrales son Diplomados frente a un 33,3 % de Titulados en ciclos superiores (sumando desde Licenciados a Doctores) como, una vez más, corroboran estudios efectuados en la misma población ⁽⁴¹⁻⁴³⁾.



Como hemos indicado, también esta variable correlaciona -por razones obvias sociológicas⁽⁴⁴⁾- con la edad; en virtud de ello -como ya vimos- hay menos mujeres entre los niveles más elevados, etc. -ver edad-.

Es de destacar que la presencia de doctores es más intensa proporcionalmente en el Hospital de Puerta del Mar que en el de Puerto Real, de modo que en el Hospital Universitario de Puerta del Mar aparecen 40 doctores de un total de 94 médicos analizados (42,5 %) frente a 35 en el de Puerto Real de un total de 89 analizados (39,3 %) -ver la muestra en el punto 4.2.2- y ello a pesar de que la presencia de Profesores Universitarios vinculados -y, doctores, por tanto- es más intensa en el de Puerto Real, ello significa que la existencia de profesionales con el grado de doctor (una vez eliminados los profesores vinculados, que como sabemos en el Puerta del Mar no son muchos) tiende a ser mayor en el Hospital Universitario de Puerta del Mar que en el de Puerto Real.

También es destacable la clara correlación entre manifestar CONOCIMIENTOS ADECUADOS O SUFICIENTES HACIA LA CLONACIÓN y el nivel académico, de modo que son los Doctores y Especialistas (48,0 % y 41,4 % -respectivamente-) quienes presentan más marcadamente esta tendencia, frente a los Alumnos (32,5 %) Diplomados (con menos conocimiento aún que los alumnos -25,3 %-) y Licenciados (no sanitarios) -22,2 %- como indica el gráfico y como también se constató en un estudio en la misma población donde se analizaron -entre otras cosas- los conocimientos hacia el SIDA⁽⁴⁵⁾.



Curiosamente, en cuanto a las CREENCIAS RELIGIOSAS, los Doctores, con el máximo nivel académico son los más creyentes (74,7 % frente a una media del 70,6 %) y los Diplomados -con el máximo nivel posible en su titulación- (75,7 %); pero sobre todo son SIGNIFICATIVAMENTE más creyentes los Doctores que los simplemente Especialistas, pero no doctores (64,6 %); este dato también se ha corroborado en otras investigaciones en las que se ha analizado las creencias religiosas, junto a otras variables, en poblaciones similares sin haber una clara explicación (aunque el tema lo analizaremos más a fondo cuando analicemos las variables Religiosidad y Práctica Religiosa).

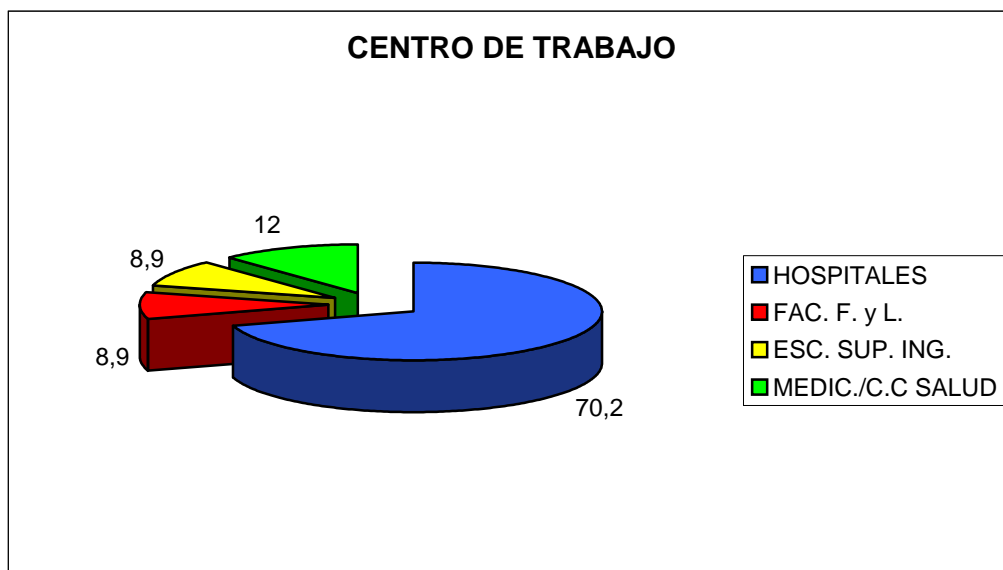
Por último, indicar que en el nivel académico de los Doctores es donde se evidencia el mayor porcentaje de sujetos completamente EN CONTRA DE LA CLONACIÓN (16,0 % frente a un 5,8 % medio como nos indica la tabla 1); aunque en este subgrupo la mayoría absoluta está indecisa al respecto (52,0 %).

6.1.5.- CENTRO DE TRABAJO

Tónica General:	Hospital	471	70,2 %	TOTAL	671
	Fac. F y L	60	8,9 %		
	Esc. Sup. Ing.	60	8,9 %		
	Med./CC.Salud	80	12,0 %		

(Tablas 1 y 6)

Como podemos apreciar en el gráfico, la mayoría de los sujetos se concentra en los Hospitales (70,2 %), como no podía ser de otra forma habida cuenta de que es de ahí de donde se han seleccionado los Profesionales Sanitarios que forman la muestra siendo los restantes del Grupo Control.

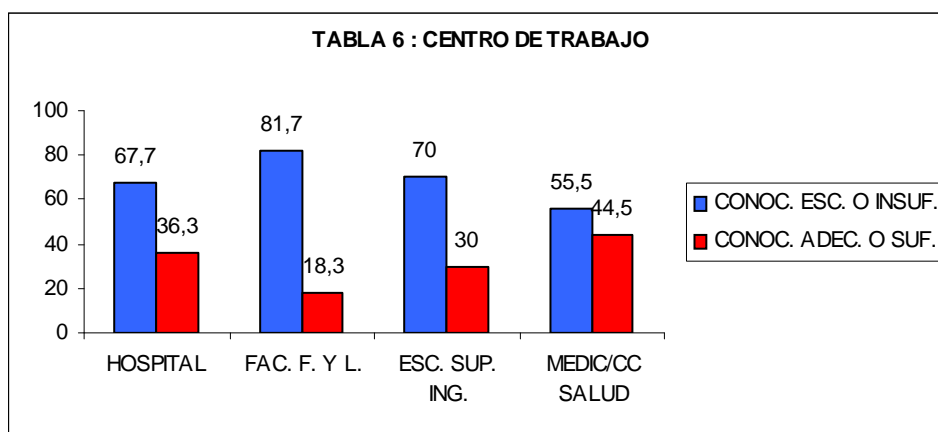


Ahora bien, si pasamos al análisis de los subgrupos, observamos como se aprecia un significativo envejecimiento de la plantilla del P.S. tal y como vimos al analizar la EDAD -con más de 50 años aparece un 13,8 %, estando la mayoría (42,0 %) en la cohorte de edad de 41-50 años- y ello no es solo imputable a que en el resto de los subgrupos hay alumnos, pues este envejecimiento ha sido mencionado ya desde diversos foros oficiales del Ministerio y las Consejerías de Sanidad Andaluza y Catalana ⁽⁴⁶⁾ exhortándose -incluso- a los Centros Universitarios que forman al P.S. que aumenten la oferta de plazas de nuevo ingreso, con un

"numerus clausus" no tan restrictivo, pues se teme que no pueda producirse relevo generacional y ya se nota déficits en ciertas especialidades a las que están viniendo Profesionales de otros países.

En estrecha relación con la edad, el número de casados y viudos es -obviamente- mayor entre el P.S.

En cuanto a los CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA CLONACIÓN es en los Hospitales (donde está el P.S.) donde -como se ve en el gráfico- se presentan los mayores porcentajes de sujetos con conocimientos adecuados o suficientes, más aún entre los alumnos de Medicina y CC de la Salud (44,5 %), y no dejando de ser llamativo el que los niveles de desconocimiento lleguen al 81,7 % y al 70,0 % en la Facultad de Filosofía y Letras y en la Escuela Superior de Ingeniería, respectivamente.



También resulta llamativo el que, de forma significativa respecto a los demás, en la E. Superior de Ingeniería el 30,0 % admita que algún familiar o allegado podría beneficiarse de las técnicas de clonación terapéutica.

Pasando a las CREENCIAS RELIGIOSAS el P.S. se reconoce creyente por encima del resto (72,8 %), obteniéndose los niveles de menor creencia -aún siendo mayoría los creyentes- en Filosofía y Letras (60,0 %), estos elevados niveles de creyentes entre el P.S. han sido constatados también en otros estudios ⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

Por último, en lo tocante a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, el P.S. se encuentra mayoritariamente indeciso (53,9 %) frente a la Fac. de Filosofía y Letras y la Escuela Superior de Ingeniería que se decantan -ambas- de forma más acentuada hacia los extremos (sobre todo la Escuela Superior de Ingeniería); así en la Fac. de Filosofía y

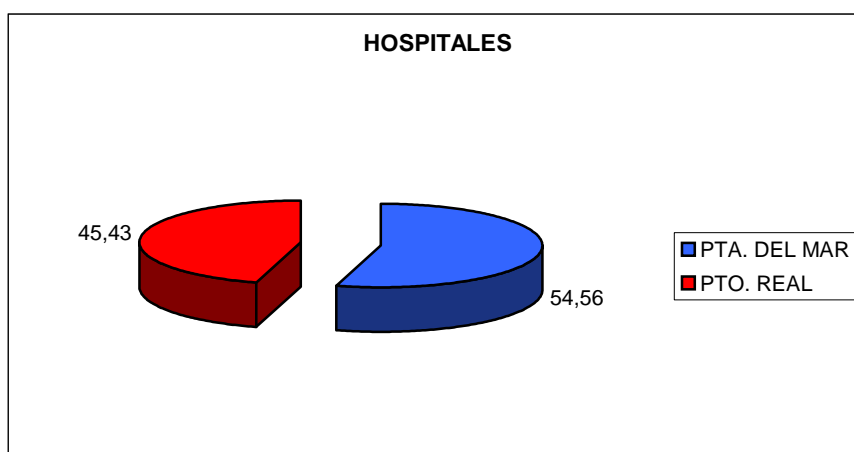
Letras un 6,7 % está totalmente en contra y un 5,0 % totalmente a favor; mientras que en Ingeniería un 10,0 % está en contra totalmente y un 5,0 % completamente a favor -recordemos que, según la tabla 1, la media porcentual de los "completamente en contra" de toda la muestra está en el 5,8 %, con lo que los Ingenieros, curiosamente, duplican a la media, este decantamiento de los Ingenieros es más llamativo al tratarse la clonación de una técnica que tiene su marco en la Ingeniería Genética y, por ende, está relacionada con la Biotecnología, más cercana quizás a la Ingeniería que las Ciencias de la Salud clásicamente estudiadas-.

6.1.6.- HOSPITALES

Tónica General:	Pta. del Mar	257	54,56 %	
				TOTAL 471
	Pto. Real	214	45,43 %	

(Tablas 1 y 7)

Centrándonos en la muestra como tal, esto es, dejando fuera a los subgrupos control, vemos -como se ilustra en el gráfico- que el Hospital de Puerta del Mar presenta el porcentaje más importante, lo cual responde fielmente al hecho de que su plantilla es mayor que la del Hospital de Puerto Real.



Ahora bien, si analizamos de forma detenida los diversos estratos muestrales de ambas instituciones y los comparamos, vemos como, en primer lugar, el envejecimiento es mayor en el Hospital de Puerta del Mar, con el 61,5 % con más de 40 años, (frente al 49,1 % en el de Pto. Real); la razón tal vez deba buscarse en que el Hospital Universitario de Pto. Real se abrió casi 20 años después del Pta. del Mar, por lo que su plantilla podría ser más joven.

En íntima correlación con la edad -y como era de esperar- el índice de casados y viudos es mayor en el Pta. del Mar, la antigüedad media de sus profesionales también es mayor, el índice de creyentes -que, como se ha dicho, correlaciona también con la edad- también es mayor, etc...

Sin embargo -y de forma coherente, pues no debería haber ningún motivo ni razón para que no fuera así pues, salvo la edad, son dos muestras razonablemente homogéneas- los CONOCIMIENTOS hacia la clonación son, en ambas Instituciones, similares; de igual modo no aparecen discrepancias en los porcentajes de los diversos niveles de prejuicio ni en las

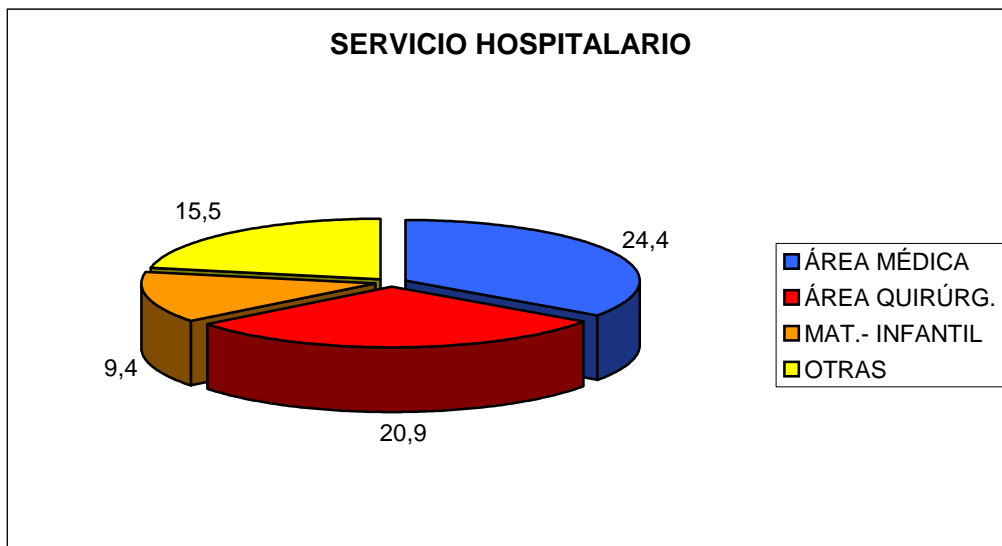
actitudes hacia la clonación; no obstante ello, sí resulta llamativo que el índice de sujetos con FAMILIARES O ALLEGADOS QUE PODRÍAN BENEFICIARSE CON LA CLONACIÓN sea superior significativamente en el Hospital de Pto. Real (20,1 %) respecto al Pta. del Mar (13,2 %).

6.1.7.- SERVICIO HOSPITALARIO

Tónica General:	A. Médica	164	24,4 %	TOTAL	471
	A. Quirúrgica	140	20,9 %		
	A. Mat.-Infant.	63	9,4 %		
	Otras	104	15,5 %		

(Tablas 1 y 8)

Siguiendo con la muestra estrictamente como tal, conformada por P.S., pasamos a ver su reparto por Áreas o Bloques Genéricos de Especialidades, que se han arancelado y desglosado -como es usual en estudios similares ⁽⁴⁹⁻⁵²⁾ en Área Médica, Quirúrgica, Materno-Infantil y Otras (ver gráfico)-.



En el análisis por estratos observamos como el Área Quirúrgica, sobre todo, -y como hemos visto- es la que soporta el mayor envejecimiento teniendo más de 40 años casi el 60,0 % de sus componentes; también es destacable -y esperable- el que la presencia femenina sea significativamente mayor en el Área Materno-Infantil (61,9 % vs. un 38,1 % de varones), mientras que la proporción de varones, siempre inferior a la de las mujeres pues -como ya se ha dicho- el P.S. tiene un claro predominio femenino, tiende a ser mayor en el Área Quirúrgica.

En todas las áreas se recoge un reparto proporcional similar Enfermería/Medicina y

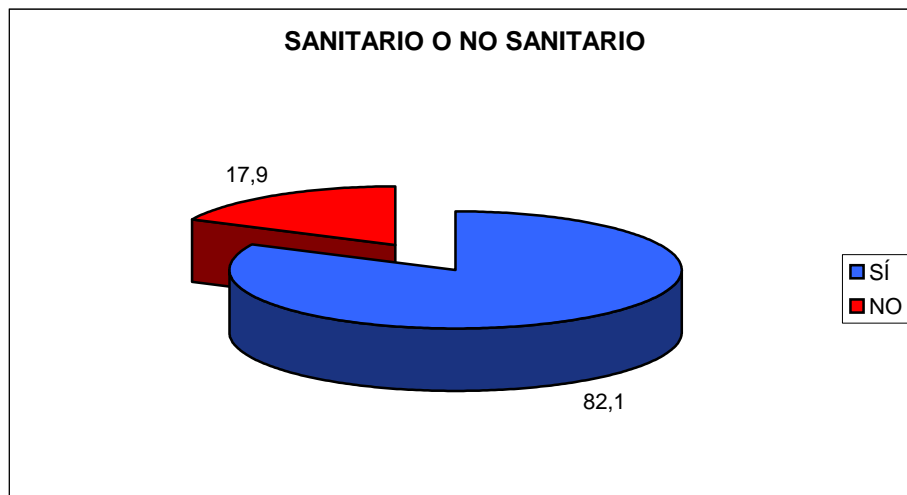
- como era esperable habida cuenta que, "a priori", son subgrupos homogéneos- no aparecen diferencias significativas en creencias religiosas, prejuicios y actitudes hacia la clonación... No obstante ello, sí se aprecia una tendencia significativa a que el mayor índice de CONOCIMIENTOS sobre las técnicas de clonación se da en el Área Quirúrgica y, curiosamente, el mayor índice de falta de conocimientos o conocimientos insuficientes se da en el Área Materno/Infantil, área ésta que -en un principio- habida cuenta su mayor relación con las Técnicas de Fecundación etc podía parecer más proclive a favorecer o incentivar un mayor conocimiento en torno al tema de la clonación, pero los datos no lo demuestran.

6.1.8.- PERSONAL SANITARIO VS. NO SANITARIO

Tónica General:	Sí Sanitarios	551	82,1 %	
				TOTAL 671
	No Sanitarios	120	17,9 %	

(Tablas 1 y 9)

En este punto del análisis de la muestra total ("tónica general" o todos) estudiamos a los sujetos en virtud de que sean Sanitarios -contando entre ellos también a los alumnos de carreras sanitarias- o no -el resto de los alumnos y los profesores de Filosofía y Letras y de Ingeniería-. Como se aprecia en el gráfico, la inmensa mayoría de los sujetos (82,1 %) son Sanitarios, habida cuenta que ellos son el objeto de nuestro estudio, y el resto conforma el Control.



Dicho esto, y pasando al análisis de los diversos estratos, en lo tocante al SEXO vemos como la presencia femenina es claramente superior entre los sanitarios y no entre los no sanitarios (58,4 % vs, 44,2 %) -de hecho ya hablamos en otro punto del predominio femenino en las profesiones sanitarias, sobre todo en Enfermería⁽⁵³⁻⁵⁴⁾; e, incluso, de la dependencia antropológica -según ciertos autores- entre los cuidados sanitarios y el género femenino⁽⁵⁵⁾ -.

En cuanto a la EDAD, y como era de esperar, los no sanitarios son claramente más jóvenes, dado que en ellos el peso proporcional de los alumnos es mayor (80 sobre 551 en el caso de los sanitarios vs. 80 sobre 120 en el caso de los no sanitarios); en virtud de ello

todas las opciones sociodemográficas edad-dependientes (estado civil, antigüedad, etc) correlacionan en esta línea.

En cuanto al NIVEL ACADÉMICO, debemos recordar y reiterar que a los Profesores Universitarios del grupo control se les ha catalogado como tales y no como Doctores para que no hubiese interferencias y se mezclaran ambos subgrupos a la hora del análisis, por eso no aparecen doctores entre ellos; por el contrario, a los sanitarios se les ha catalogado como tales y no como profesores -cuando lo fueran- por idénticos motivos.

Respecto a la variable CONOCIMIENTOS acerca de la clonación, los sanitarios admiten tener más conocimientos que los no sanitarios (34,2 % vs. 24,2 %); sin embargo, hay que destacar que en ambos el desconocimiento reconocido es mayoritario; tal vez por este -por otro lado esperable- mayor conocimiento de los sanitarios sobre la clonación aparece en este subgrupo un porcentaje menor (17,2 %) de sujetos que afirman que sus FAMILIARES O ALLEGADOS PODRÍAN BENEFICIARSE CON LAS TÉCNICAS DE CLONACIÓN, frente a los no sanitarios (26,6 %), y es que el conocimiento sobre el tema permite un juicio más reposado y cauto, (mientras que el desconocimiento sobre la clonación abona más fácilmente las falsas expectativas terapéuticas, más dominadas por el deseo que por la realidad -como indica la literatura⁵⁶⁻⁵⁷-).

Una vez más se repite la constante ya comentada de que el porcentaje de CREYENTES es mayor entre los sanitarios (72,1 %) que en el resto (64,2 %) y, de igual modo, el porcentaje de PRACTICANTES.

Se advierte una ligera correlación entre ser más PREJUICIOSO si se es sanitario, pero ello es fruto de la contaminación de la variable con la edad puesto que -como ya hemos indicado- la muestra no sanitaria es más joven, lo cual tiende a correlacionar con ser algo menos prejuicioso⁽⁵⁸⁾.

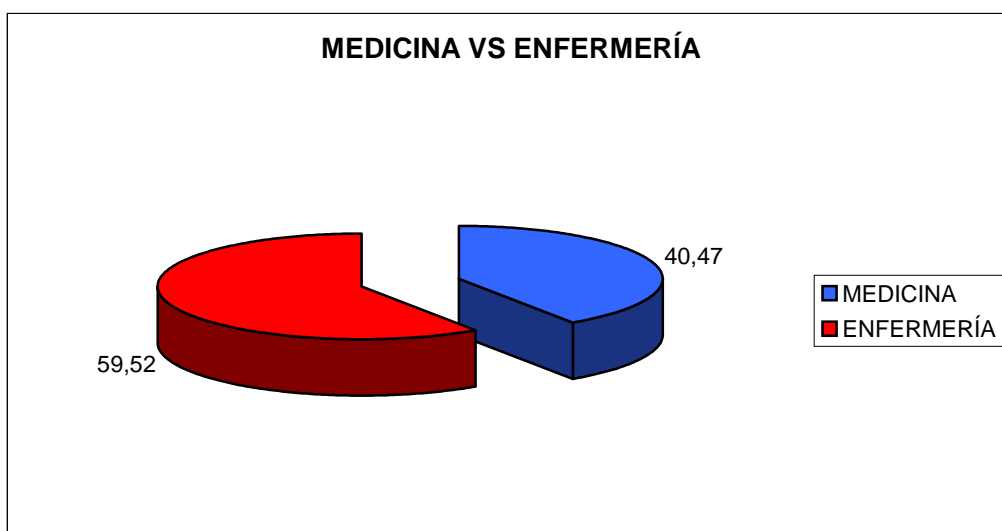
Por último, vemos una vez más como los sanitarios son más cautos y se muestran más indecisos en sus ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN (58,2 % vs. 43,3 % en los no sanitarios), mientras que los no sanitarios se decantan más que ellos hacia los extremos de estar completamente a favor o en contra.

6.1.9.- MEDICINA VS. ENFERMERÍA

Tónica General:	Medicina	223	40,47 %	
				TOTAL 551
	Enfermería	328	59,52 %	

(Tablas 1 y 10)

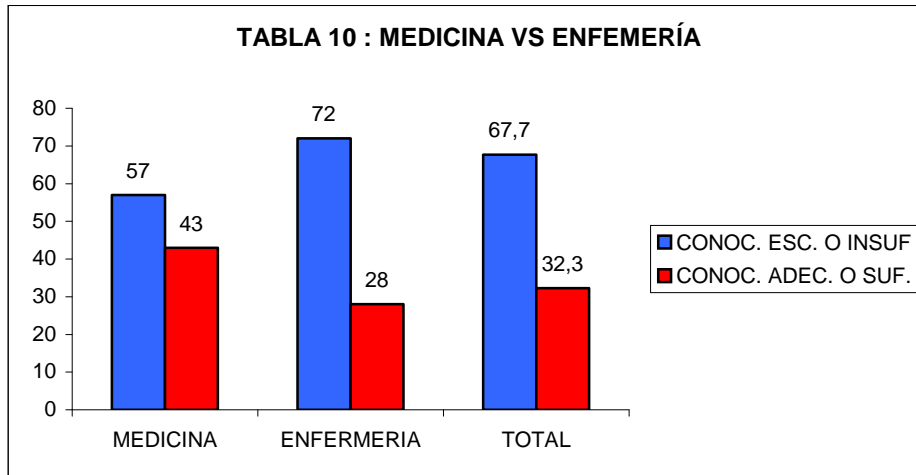
Esta vez, la muestra es analizada en virtud de que los sujetos sean de Medicina (Profesionales y Alumnos) o de Enfermería (Profesionales y Alumnos también), dejando fuera a los Alumnos y Profesionales no sanitarios, como podemos ver en el gráfico, en el que se aprecia -tal y como sucede en la población de referencia- que el porcentaje mayor de los sujetos (59,52 %) se da en Enfermería.



En realidad se trata de dos subgrupos bastante homogéneos con similitudes en su distribución en cuanto al SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, ANTIDÜEDAD; reparto por ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN, etc.

Sí se aprecian diferencias significativas en lo tocante a los CONOCIMIENTOS SOBRE LA CLONACIÓN; en los sujetos pertenecientes a la población de Medicina los conocimientos suficientes (43,0 %), aún sin ser mayoritarios, son bastante superiores a los de la media del total (que -según la tabla 1- está en un porcentaje medio del 32,3 %) pero son también más elevados que la de los sujetos de Enfermería (ver gráfico) quienes tan solo en el 28,0 % de los casos admite tener conocimientos suficientes o adecuados, porcentaje

que es -incluso- menor que la media total... no dejando de ser llamativo que los Alumnos y Profesionales de Enfermería -a la postre Sanitarios- presenten un nivel de conocimientos al respecto por debajo de la media.



En cuanto a las CREENCIAS RELIGIOSAS, los sujetos de Enfermería se manifiestan como creyentes por encima de la media general (74,4 % vs. 70,6 %) y, por ende, por encima de los de Medicina (68,6 %)... sin embargo, el nivel de practicantes es similar en ambos subgrupos (y, también, el de no practicantes); luego, en el caso de Enfermería, nos encontramos con un claro porcentaje de creyentes meramente "denominativos" como veremos en los puntos 6.1.13 y 6.1.14-⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾ esto es, que se autodefinen como creyentes y, sin embargo, no demuestran con sus prácticas estas creencias.

En lo que respecta a los PREJUICIOS, los de Medicina presentan un porcentaje de sujetos completamente libres de prejuicios (no prejuiciosos) por encima de la media general (57,8 % vs. 51,9 %) y, asimismo, por encima de los de Enfermería (45,7 %).

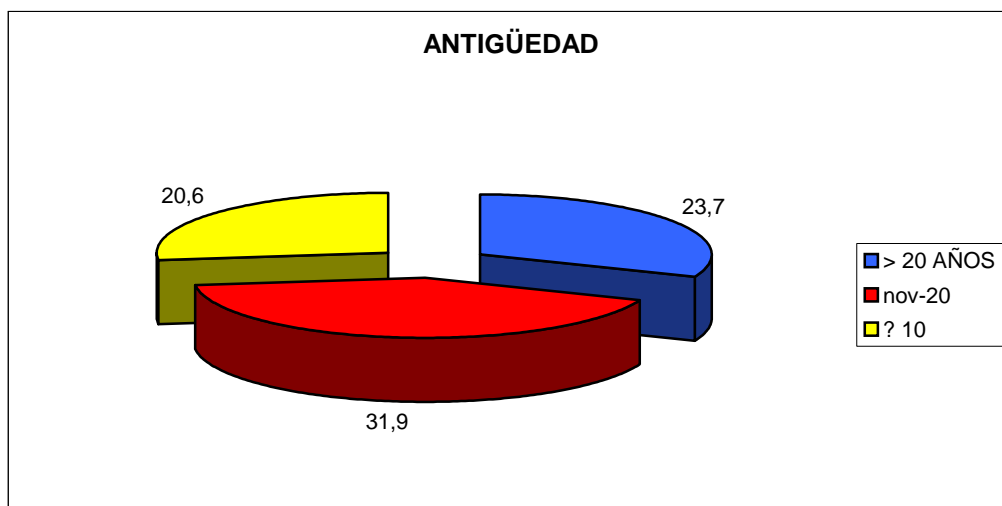
Por último, circunscribiéndonos a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN vemos como los de Enfermería se muestran más indecisos que los de Medicina, mientras que estos últimos se manifiestan en mayor medida totalmente en contra (8,5 % vs. 3,0 %) y también en mayor medida moderadamente en contra (14,8 % vs. 11,6 %) y debemos recordar que los conocimientos al respecto son mayores entre los de Medicina.

6.1.10.- ANTIGÜEDAD

Tónica General:	> 20 años	159	23,7 %		
	11-20 años	214	31,9 %	TOTAL	511
	≤ 10 años	128	20,6 %		

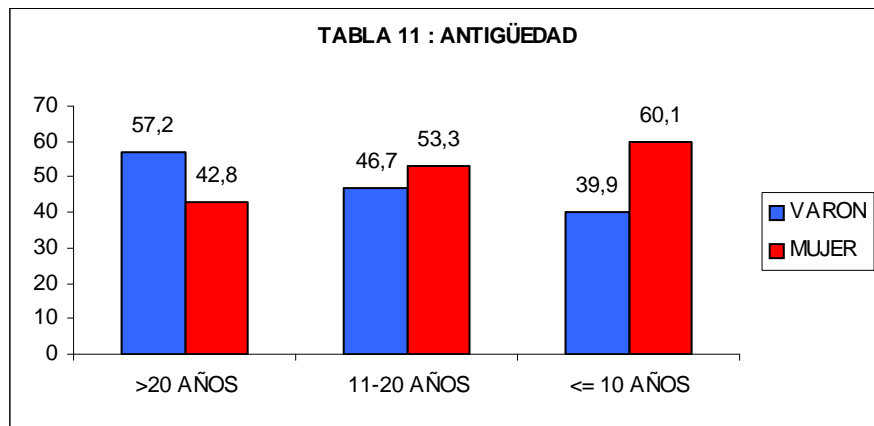
(Tablas 1 y 11)

Ahora nos centraremos en el análisis de la variable antigüedad que, como observamos en el gráfico, nos indica que la muestra, restringida obviamente sólo a los sujetos que trabajan y, por tanto, pueden presentar alguna antigüedad laboral, sigue -más o menos- una distribución de curva normal con más sujetos en los niveles medios (31,9 %) que en los extremos (23,7 % y 20,6 % respectivamente).



No obstante ello, y según el SEXO, se aprecia como el envejecimiento laboral es más intenso entre los varones, que no siguen la curva normal antes descrita, siendo el subgrupo en el que los que tienen una antigüedad de más de 20 años es mayoritario (57,2 %) frente a las mujeres que presentan el porcentaje mayoritario entre los de menos de 10 años de antigüedad (60,1 %), como nos ilustra el gráfico; esto responde claramente a la evolución reciente de nuestra sociedad española en la que el predominio del acceso de las mujeres a la Universidad y, a través de ella, a las Profesiones Sanitarias, ha sido cosa de los últimos años ⁽⁶¹⁾ de modo que, como vemos, se han decusado las cifras de forma y manera que de cara a un futuro ese peso femenino que ya impera en los Profesionales con menos de 10

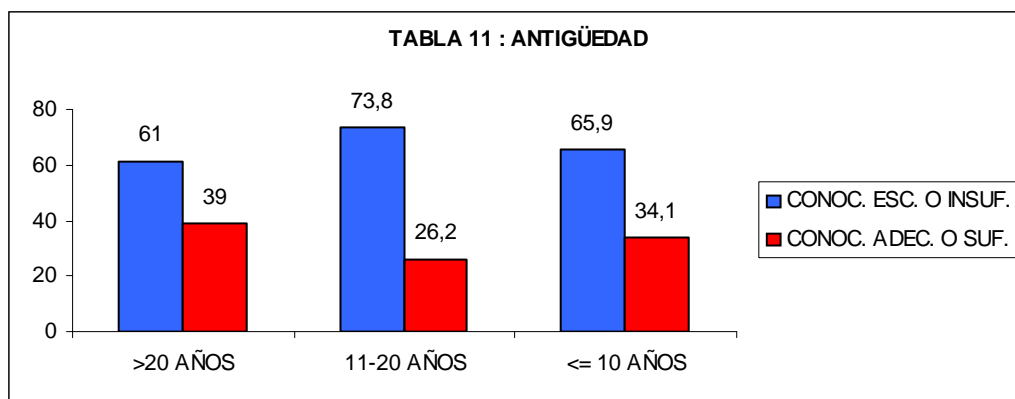
años de antigüedad será la tónica en todas las cohortes de antigüedad, e irá a más, según la clara feminización de las Profesiones Sanitarias ya descrita en anteriores puntos ⁽⁶²⁻⁶³⁾.



Habida cuenta que la antigüedad laboral correlaciona por razones obvias con la EDAD, las variables que también covarían con ella ofrecen resultados dentro de lo esperable (tienden a tener más edad los sujetos de mayor antigüedad, abundan más los casados y viudos en los de más antigüedad, etc).

Por otro lado, por ÁREAS de Especialización volvemos aquí a encontrarnos con el mayor envejecimiento del Área Quirúrgica en la que el 33,6 % tiene más de 20 años de antigüedad (recordemos que en esa área predominan como vimos, los varones, que son precisamente los de más edad y antigüedad media mayor).

En cuanto a los CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA CLONACIÓN son, curiosamente, los de mayor y menor antigüedad los que presentan más conocimientos, ofreciéndonos así una curva completamente contraria a lo normal, como vemos en el gráfico, sin atrevernos a aventurar aquí ninguna hipótesis explicativa del por qué de esto.



Como ya hemos indicado, la antigüedad correlaciona estrechamente con la edad, es por ello por lo que a medida que la antigüedad laboral aumenta también lo hacen los niveles de CREENCIA RELIGIOSA y el de PRÁCTICA RELIGIOSA ⁽⁶⁴⁾, siendo además, entre los más jóvenes -como corrobora la literatura al respecto ⁽⁶⁵⁾- más llamativa la desconexión entre creencias religiosas y prácticas religiosas, de modo que casi un 14,0 % de los que se consideran creyentes no son practicantes en absoluto.

Por último, centrándonos como siempre en las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, vemos como -curiosamente- son los de menos antigüedad laboral y, por ende, los más jóvenes de los trabajadores analizados, quienes en menor medida están totalmente en contra de la clonación (2,9 %) y quienes más presentan también un porcentaje mayor de sujetos a favor (31,1 % entre moderadamente a favor y totalmente a favor).

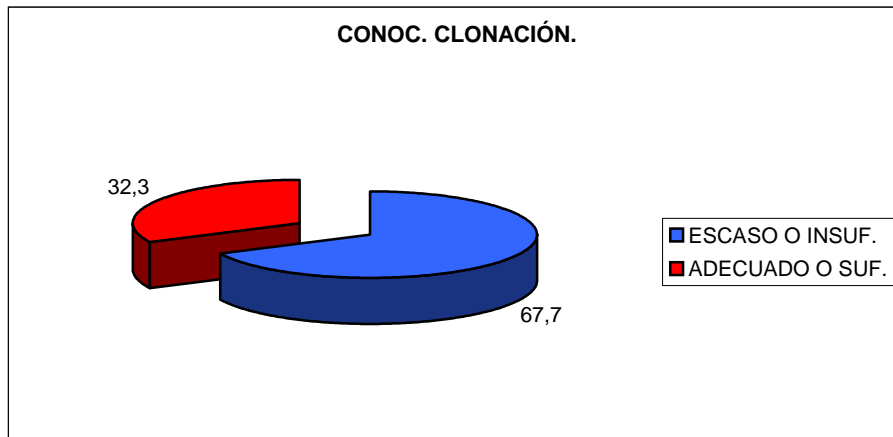
6.1.11.- CONOCIMIENTOS SOBRE LA CLONACIÓN

Tónica General:	Escasos o Insuficientes	454	66,7 %	
				TOTAL 671
	Adecuados o Suficientes	217	32,3 %	

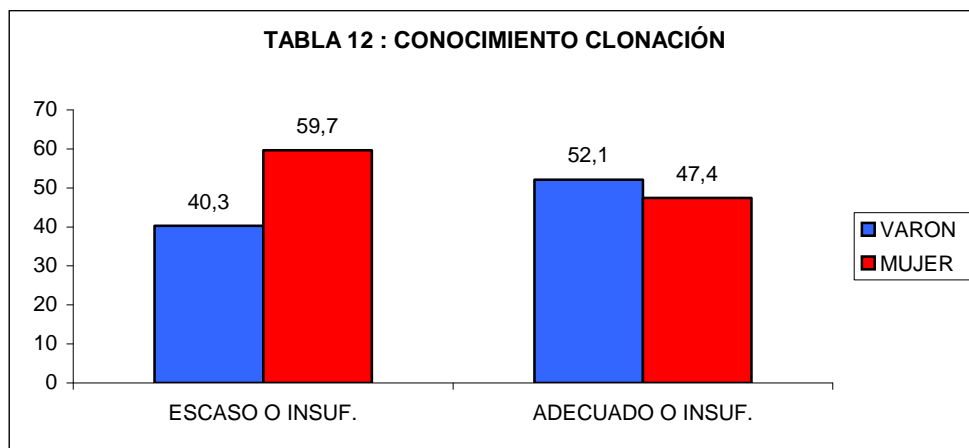
(Tablas 1 y 12)

Respecto a la variable Conocimientos acerca de la clonación, como ya indicábamos al presentar el Cuestionario Sociodemográfico en el capítulo 4.3.2, recordemos que se trata con ella de categorizar a los sujetos en virtud de su autopercepción acerca de sus conocimientos sobre el tema de la clonación; autopercepción que en los niveles académicos superiores (y recordemos también que todos los sujetos de la muestra son universitarios) suele ser un buen indicador del conocimiento real ⁽⁶⁶⁾ (tratándose, en este caso, de las actitudes acerca del propio conocimiento ⁻⁶⁷⁻) aunque no exacto, pues de sobras es sabido que "estar convencido de algo no significa tener razón"... sea como fuera, al manejar datos porcentuales medios muestrales, y no individuales, estadísticamente los sesgos principales posibles al respecto (excesiva cautela al atribuirse menos conocimientos que los que en realidad se poseen, o excesiva osadía y petulancia, al atribuirse más que los que se poseen) suelen balancearse, por lo que el dato medio suele resultar razonablemente fiable y válido ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

Dicho esto, vemos como el conocimiento reconocido sobre la clonación es a todas luces escaso o insuficiente, opción por la que se decanta (como nos ilustra el gráfico) casi el 68,0 % de la muestra; y no olvidemos que se trata de una población universitaria y, en su inmensa mayoría (82,1 %), de P.S., lo cual nos hace inferir que el desconocimiento medio de la población media no universitaria y no sanitaria ha de ser, indefectiblemente, mucho más craso lo cual es importantísimo de saber y advertir a la hora de manejar las expectativas y tendencias de opinión de diversos colectivos (p.ej. familiares de ciertos tipos de enfermos) -como viene haciéndose- pues como coinciden los especialistas sobre el tema ⁽⁷¹⁻⁷⁵⁾ el manejo y cambio de las actitudes, cuando éstas tienen un componente cognoscitivo escaso, es más fácil y más proclive a la manipulación.



En este escenario, y entrando en el análisis de las diversas categorías de los subgrupos, vemos como -en lo que respecta al SEXO- las mujeres presentan un mayor nivel medio de desconocimiento hacia el tema que los varones, mientras que éstos (como nos ofrece el gráfico) presentan un nivel medio superior de conocimientos.



De igual modo, vemos que, atendiendo a la EDAD, son los más jóvenes (tal vez por una mayor motivación hacia el tema) y los de más edad -lo cual correlaciona, como vimos, con un mayor nivel académico- quienes ofrecen los mayores porcentajes de conocimientos adecuados, lo cual se corrobora al ver que son los Doctores y Especialistas quienes ofrecen -según los NIVELES ACADÉMICOS- los menores porcentajes de desconocimiento o conocimientos escasos así como los sujetos de mayor antigüedad laboral.

Como era de esperar, el nivel de conocimientos no correlaciona con el ESTADO CIVIL y su reparto por los hospitales estudiados es similar... Siguiendo esta tónica de la obviedad el P.S. presenta más conocimientos medios que el no sanitario, siendo este conocimiento -como

ya vimos- mayor en los de Medicina que en los de Enfermería, que presentan un nivel medio de conocimientos escasos o inadecuados inferior incluso a la media muestral (ver tabla 1).

Es importante el constatar como los sujetos que reconocen tener FAMILIARES, ALLEGADOS O ELLOS MISMOS, QUE PODRÍAN BENEFICIARSE CON LAS TÉCNICAS DE CLONACIÓN presentan un conocimiento medio mayor (el 44,1 % de ellos admite tener conocimientos adecuados frente a un nivel medio de conocimientos centrado en el 32,3 %); por el contrario, según las CREENCIAS, los no creyentes tienden a admitir más conocimientos que los creyentes, aunque la tendencia no es muy significativa, mientras que -según los PREJUICIOS- son los menos prejuiciosos y los más prejuiciosos quienes presentan mayores niveles medios de conocimientos.

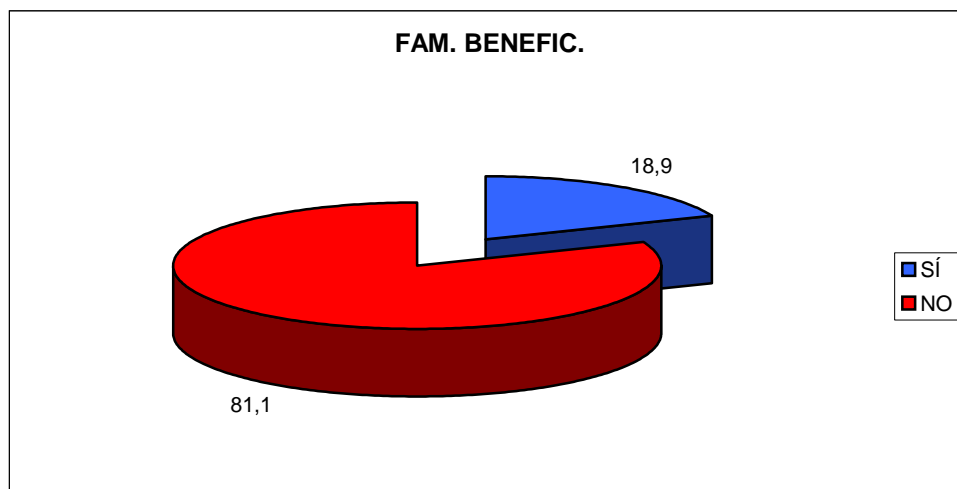
Respecto a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, para finalizar, vemos como los que tienen menos conocimientos son más indecisos, decantándose más hacia los extremos A favor o En contra, quienes más conocimientos reconocen tener.

6.1.12.- FAMILIAR/ALLEGADO BENEFICIARIO DE TÉCNICAS DE CLONACIÓN

Tónica General:	Sí	127	18,9 %	
				TOTAL 671
	No	544	81,1 %	

(Tablas 1 y 13)

En este apartado analizamos a los sujetos en función de que tengan o no un familiar, allegado -o ellos mismos- que, según ellos, por su problema o patología pudiera verse beneficiado con las técnicas de Clonación; de este modo aparece casi un 20,0 % (18,9 %) de sujetos que dicen que sí -como demuestra el gráfico- lo cual tiene un peso cuantitativo y cualitativo importante pues indica que casi un 20,0 % de la población analizada piensa (ingenuamente o no) que las técnicas de clonación se podrían traducir en beneficios terapéuticos en su entorno cercano.

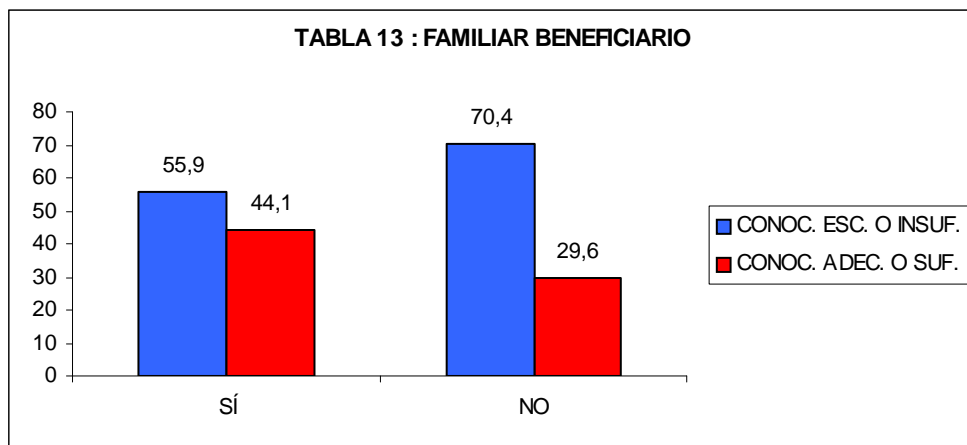


Esta variable tiene un peso específico a priori en la evolución y dirección de las actitudes hacia la clonación pues, como ya hemos visto, el bajo nivel de conocimientos existente en Europa y en España -y, por ende, en nuestra población, como hemos constatado- acerca de las células troncales y de la clonación en general "hace que las percepciones de la mayor parte de la población hacia la investigación con embriones se fundamente no tanto en conocimientos específicos, si no sobre todo en valores, e imágenes (...)" ⁽⁷⁶⁾ en los que indudablemente tienen un gran peso "los posibles beneficios médicos derivables de la investigación con células troncales" ⁽⁷⁷⁾.

En este marco, veamos como se articulan las opciones según los diversos estratos y subgrupos muestrales: Respecto al SEXO -como era de esperar- no se aprecian diferencias importantes, pero sí respecto a la EDAD, de modo que son los más jóvenes y los más mayores quienes con más énfasis admiten tener familiares que podrían beneficiarse con las técnicas de clonación; al estar estrechamente unida a la edad el ESTADO CIVIL, son los viudos y solteros quienes también admiten en su entorno cercano beneficiarse de estas técnicas; igual tendencia se sigue atendiendo a la ANTIGÜEDAD.

Curiosamente, y como indicador del -quizás- poco fuste cognitivo y más emotivo de esta opinión ⁽⁷⁸⁾ nos encontramos con que los NO SANITARIOS son quienes en mayor medida piensan que sus familiares, etc, sí podrían beneficiarse (el 26,6 % de ellos frente al apenas 17,0 % de los sanitarios, según datos extraídos de cotejar los sujetos que dicen sí en cada subgrupo con el total de sanitarios y no sanitarios, según la tabla 1).

Otro dato interesante es el que nos ofrece el analizar esta variable según se tengan o no CONOCIMIENTOS ADECUADOS HACIA LA CLONACIÓN, se aprecia claramente como existe una clarísima correlación entre tener un familiar o allegado posible beneficiario de las técnicas de clonación y poseer conocimientos sobre el tema (en un escenario, como hemos visto, en el que el desconocimiento es la tónica imperante), de modo que el 44,1 % de los que dicen tener familiares en esas circunstancias reconocen tener conocimientos adecuados, (como indica el gráfico), mientras que, como vimos al inicio de este punto, el porcentaje medio de tener familiares en esas circunstancias es del 18,9 %... parece como si la vicisitud de tener a alguien en el entorno cercano con algún tipo de problema o enfermedad de cierto tipo fuera un motivante especial para estar más interesado en los temas de clonación e informarse.



En cuanto a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, para finalizar este punto, vemos como se produce un fenómeno curioso también, pues los que tienen familiares o allegados en las circunstancias descritas son los menos indecisos (recordemos que, a su vez, son los que manifiestan mayores conocimientos) y se orientan hacia los extremos estando más a favor, pero sobre todo más en contra que los que no tienen familiares así; el corolario -como vemos- es que el tener un familiar en esas condiciones facilita a su vez el tener un mayor conocimiento sobre el tema, lo que a su vez se traduce en manifestar unas opiniones más definidas hacia la clonación, pero no necesariamente a favor.

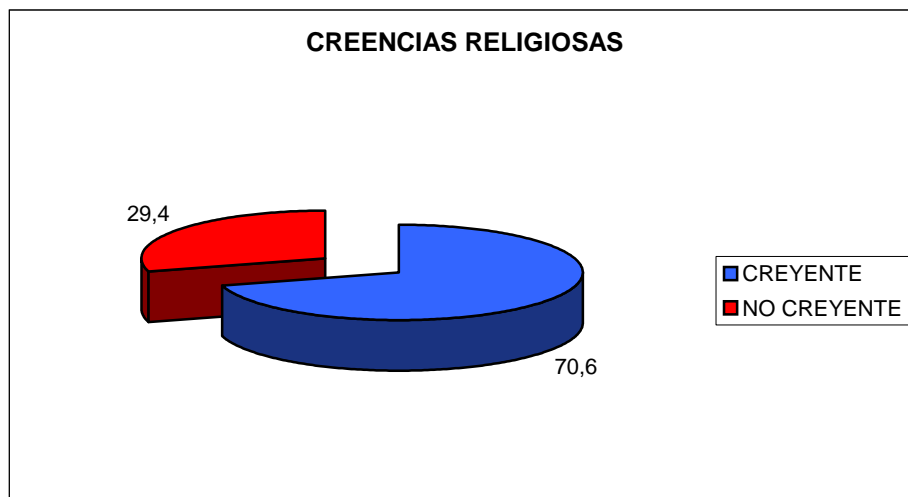
6.1.13.- CREENCIAS RELIGIOSAS

Tónica General:	Creyente	474	70,6 %	
				TOTAL 671
	No Creyente	197	29,4 %	

(Tablas 1 y 14)

En este apartado de nuestra investigación pasamos revista a una variable de especial relevancia a la hora de estudiar las actitudes hacia la clonación humana en Occidente y no solo en España, y es que, como nos recuerda el Prof. R Pardo en su estudio europeo "la investigación con células troncales afecta a la dimensión moral o ética de cada individuo y a los criterios morales de inspiración religiosa que constituyen un vector clave para comprender las posturas existentes hoy en Europa" ⁽⁷⁹⁾; con este trasfondo veremos en este punto cómo las creencias religiosas intervienen en la orientación de estas actitudes para -en íntima relación con lo visto aquí- analizar en el siguiente punto cómo interviene la práctica religiosa en la estructura y orientación de tales actitudes y posturas.

Así las cosas, vemos, en primer lugar, como la población analizada -recordemos que universitaria al 100%- se reconoce como creyente en su inmensa mayoría (70,6 %) como nos indica el gráfico.



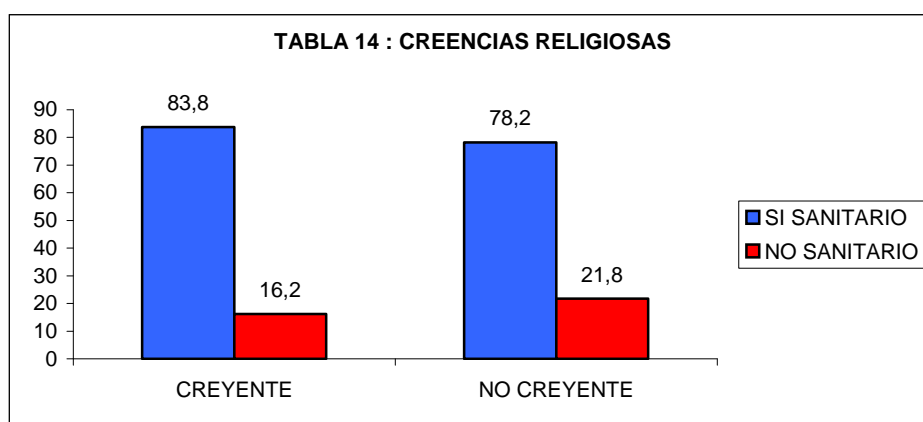
Estos datos están en la línea y concuerdan totalmente con los que nos aportan investigaciones recientes hechas en España -aunque con la población general (y no solo universitaria)-; así un recentísimo estudio de los profesores de la Universidad Complutense

A Pérez-Agote y J Santiago, realizado para el CIS -Centro de Investigaciones Sociológicas- ⁽⁸⁰⁾ sobre 2.500 encuestados en 2002, indica que el 79,3 % de los españoles se declara creyente católico, un 2,0 % creyente de otra religión, un 11,7 % se considera no creyente/agnóstico y un 4,9 % ateo.

Por SEXOS, las mujeres son más creyentes que los hombres, al igual que los sujetos de más EDAD y ANTIGÜEDAD (como también indica el estudio del CIS ⁻⁸¹⁻); de hecho son los más jóvenes (menos de 30 años) quienes en menor medida admiten ser creyentes -aunque se reconoce creyente en esta cohorte el 62,1 %- estos datos también coinciden con los de la investigación del CIS que afirma al analizar los resultados de los sectores más jóvenes -en su caso de 18 a 24 años- que "el proceso de secularización iniciado a finales de los años sesenta en España puede haber tocado fondo (...) [de modo que] la caída de la religiosidad [que se desplomó en la segunda mitad de los setenta y primeros de los ochenta] se ha frenado (...) y en el segmento más joven podría estarse ante un ligero repunte" ⁽⁸²⁾. De igual modo el último informe del Instituto de la Juventud al respecto ⁽⁸³⁾ avala estos datos, en el sector de edad de los 15 a los 29 años, aunque -como veremos en el siguiente punto- en este sector sí ha caído el porcentaje de práctica religiosa.

En cuanto al NIVEL ACADÉMICO son los de mayor nivel académico -los doctores- quienes más creyentes se muestran, junto con los Diplomados.

Si enfocamos los datos bajo el prisma de SER O NO SANITARIO, el P.S. -y dentro de ellos los de Enfermería- se manifiesta creyente en mayor medida que el no sanitario (ver el gráfico), alcanzando un porcentaje del 83,8 % de creyentes, dato muy similar al 84,5 % de creyentes entre el P.S. de la misma población que nos ofrecía un estudio en 2001 ⁽⁸⁴⁾.

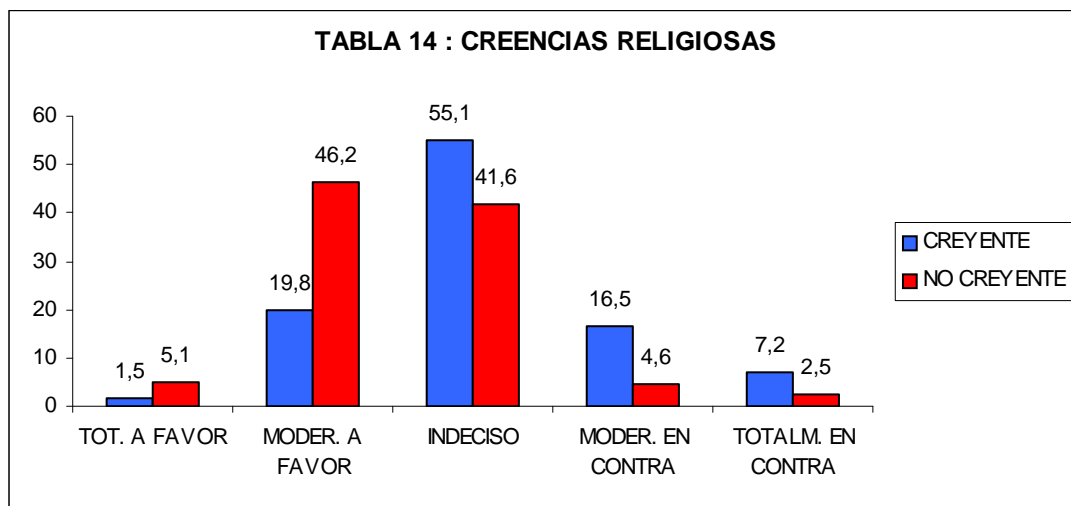


Como era de esperar, no hay diferencias según las creencias religiosas a la hora de tener o no FAMILIARES etc que SE PODRÍAN BENEFICIAR con las Técnicas de clonación, aunque los no creyentes sí tienden a tener o a admitir más CONOCIMIENTOS sobre el tema.

Si atendemos a si se PRACTICAN o no estas creencias (variable que veremos con mayor detenimiento en el punto siguiente) los resultados indican que casi un 17,0 % de los creyentes no practican normalmente y un 55,1 % lo hace de forma moderada... se trata pues, en gran medida, como nos indican Pérez-Agote y Santiago ⁽⁸⁵⁾ de una "religiosidad alejada de la institucionalización de las Iglesias".

Respecto a los PREJUICIOS, tienden a ser menos prejuiciosos los no creyentes, pero si unimos los intervalos de menor prejuicio -levemente prejuicioso y no prejuicioso- los porcentajes son similares (89,9 % en no creyentes y 88,8 % en creyentes).

Para finalizar, en lo tocante a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, los creyentes se muestran más indecisos (55,1 % vs. 41,6 %), estando también claramente más en contra que los no creyentes (7,2 % vs 2,5 %) y moderadamente más en contra (16,5 % vs. 4,6 %), como nos indica el gráfico, y es que -como indica el informe del BBVA ⁽⁸⁶⁾ - "la valoración de la condición moral del embrión y el comienzo de la vida se ve influida de manera destacada por los avances científicos y por las creencias religiosas".

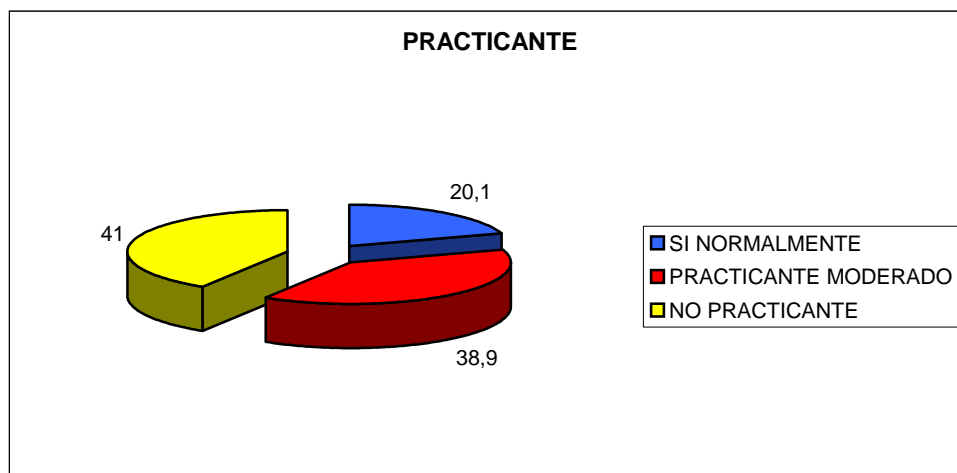


6.1.14.- PRACTICANTE RELIGIOSO

Tónica General:	Sí normalmente	135	20,1 %	
	Prac. Moderado	261	38,9 %	TOTAL 671
	No practicante	275	41,0 %	

(Tablas 1 y 15)

Como indicábamos en el punto anterior, nos centramos ahora en el análisis de la muestra según practiquen o no sus creencias religiosas. Como nos ilustra el gráfico, no es practicante un 41,0 % de la población, siendo practicante normalmente tan solo un 20,1 %, datos estos también corroborados de forma casi idéntica por el estudio del CIS sobre la religión en España ⁽⁸⁷⁾ que indica que "solo uno de cada cuatro españoles acude a oficios religiosos al menos una vez por semana, sin contar celebraciones especiales".



Esta religiosidad "utilitaria" o "denominativa" -como ya describimos en el punto anterior ⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾- es muy característica de la población española, siendo -según el estudio del Profesor R. Pardo ⁽⁹⁰⁾- una práctica religiosa más baja que la de los polacos e italianos e incluso menor -aunque no tanto- que la de los británicos, franceses, austríacos y alemanes ("el 17,0 % de los españoles declara asistir al culto al menos una vez a la semana, frente a un 31,0 % de los italianos y un 58,0 % de los polacos") -hay que advertir que este 17,0 %, algo menor que el 20,1 % de nuestro trabajo, se obtiene en una población general no necesariamente universitaria, mientras que la nuestra es completamente universitaria, aspecto este que, como veremos más abajo, correlaciona con un aumento de las prácticas religiosas-.

[Llama la atención que esta falta de práctica religiosa acorde con las creencias religiosas vaya unida a un elevadísimo porcentaje de españoles que acude con regularidad a romerías y procesiones y a un elevado porcentaje -el 37,2 % de la población general y más del 50,0 % entre los mayores de 55 años- de devotos declarados de Santos, Vírgenes y Cristos ⁻⁹¹⁻; proporción que se eleva en nuestra Andalucía aún más, a pesar de ser una de las Autonomías con menos práctica religiosa. Como indican los autores del estudio del CIS ⁻⁹²⁻ "es un fenómeno de religiosidad popular que responde a patrones distintos al de la práctica religiosa"].

Como tendencia general las mujeres suelen practicar más y los de más edad presentando los menores de 30 años el mayor porcentaje de no practicantes (el 43,6 % de los casos, frente al 0,4 % en los mayores años y el 6,5 % entre los de 51 y 60 años); en relación con la EDAD, los solteros son también los menos practicantes.

En cuanto al NIVEL ACADÉMICO, los más practicantes son los doctores y los menos practicantes los alumnos -que son los más jóvenes-.

Este curioso dato que correlaciona el aumento del nivel académico con la práctica religiosa -frente al tópico popular- ha sido corroborado en el informe nacional del CIS -ya citado- que textualmente declara "se da la circunstancia que acuden más a los templos quienes tienen solo estudios primarios y quienes han acabado una carrera superior, lo mismo sucede con el rezo"... en esta línea son más practicantes los de Medicina que los de Enfermería; siendo, según se sea SANITARIO o no, el P.S. más practicante que el que no es sanitario -dato este que también se ha visto corroborado en estudios con poblaciones similares ⁽⁹³⁾-.

Como ya hemos indicado varias veces, un 28,4 % de los creyentes no practica nunca por lo que son claramente "creyentes utilitarios" ⁽⁹⁴⁾.

En cuanto a los PREJUICIOS los no practicantes tienden a no tener ningún tipo de prejuicio en mayor medida que los sí practicantes, pero -por otro lado- en el intervalo de bastante prejuicioso son más los no practicantes que los practicantes.

Pasando, por último, a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN los más indecisos son los practicantes moderados, siendo el índice de los sí practicantes muy superior al resto a la hora de estar completamente en contra de ésta.

6.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ESCALAS, SUS INTERRELACIONES Y CORRELACIONES

"El que algo sea cierto no significa que sea convincente, ni en la vida, ni en el arte, ni en la ciencia"

T. CAPOTE (Plegarias con respuestas)

En este apartado vamos a trabajar y a analizar los resultados obtenidos en las Escalas F, R y C -descritas en el capítulo IV, dedicado a la Metodología- en el total de la muestra y controles -"TODOS"- y según los diversos subgrupos y estratos, a tenor de los diversos rasgos sociodemográficos y psicosociales que arancelan a estos sujetos.

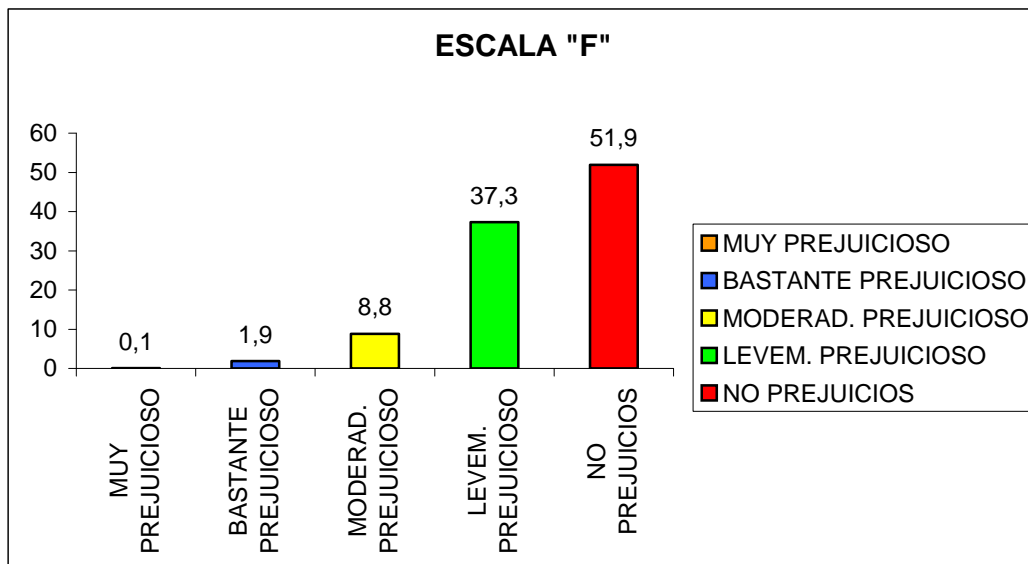
6.2.1.- ESCALA "F"

		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>INTERVALO</u>
Tónica General:	Muy prejuicioso	1	0,1%	1
	Bastante prejuicioso	13	1,9%	2
	Moderadamente prejuicioso	59	8,8%	3
	Levemente prejuicioso	250	37,3%	4
	No prejuicioso	348	51,9%	5
TOTAL:		671		
\bar{X} : 4,39; σx : 0,74				

(Tablas 1, 16 y 32)

Como vemos en el gráfico, se trata de una población muy poco prejuiciosa, por lo que la mayoría absoluta (51,9 %) no presenta ningún prejuicio, tan solo un 37,3 % es levemente prejuiciosa y, sumado los niveles de moderadamente, bastante y muy prejuicioso tan solo se alcanza un 10,8 % de los casos, (hay que advertir que en el nivel de muy prejuicioso tan solo aparece un sujeto -0,1 %- lo cual no tiene ningún valor representativo estadísticamente hablando).

En cuanto a la media general, como vemos, es de 4,39: entre levemente y no prejuicioso.



Esta ausencia o tan bajos niveles de prejuicios es lo esperable en sociedades pluralistas, tolerantes y democráticas y, aún más, en poblaciones -como la nuestra- universitarias ⁽⁹⁵⁻⁹⁸⁾; no obstante ello y como fiel reflejo de la evolución de nuestro país en

los últimos años, se constata una evolución positiva en la tendencia, pues datos obtenidos con el mismo instrumento en una población similar a finales de la década de los 80 (esto es, hace unos 15 años) ofrecían resultados que indicaban una impronta mayor de los prejuicios medios ⁽⁹⁹⁾ - aún, siendo entonces, también una población poco prejuiciosa-.

Veamos esos datos de los 80:

Muy prejuicioso	20	5,4 %		
Bastante prejuicioso	22	5,9 %		
Moderadamente prejuicioso	40	10,8 %	TOTAL	368
Levemente prejuicioso	123	33,4 %		
No prejuicioso	163	44,4 %		

De todos modos, la desaparición absoluta de los prejuicios es algo casi imposible, habida cuenta que -en no pocas ocasiones- se trata de algo engarzado en el patrón de personalidad de algunas personas (recordemos que el propio Adorno, creador de la Escala F, nos habla del "Síndrome de la personalidad Autoritaria" ⁻¹⁰⁰⁻¹⁰¹⁻).

Si en vez de en los porcentajes, nos centramos en la puntuación media el total de la muestra obtiene un 4,39 lo que la coloca en un intervalo a caballo entre levemente prejuicioso y no prejuicioso.

Pasando ahora al análisis por subgrupos y estratos, vemos como estos datos medios no cambian significativamente ni según el sexo, ni la edad, ni el estado civil, etc (aunque sí se advierte cierta tendencia a ser menos prejuiciosos los casados que los solteros, los sanitarios que los no sanitarios y los que tienen conocimientos adecuados sobre la clonación que los que no los tienen); tan sólo se aprecian diferencias significativas (ver tabla 16) en las siguientes variables:

Atendiendo al NIVEL ACADÉMICO, cuanto más elevado es éste menos prejuicios se presentan; de este modo, los niveles medios de mayor prejuicio tienden a darse entre los Alumnos y los Diplomados (aún siendo estos dos un grupo mayoritariamente no prejuicioso también).

De igual modo, dentro del P.S., tienden a ser más prejuiciosos los de Enfermería que los de Medicina (lo cual se corroboró hace poco en una población similar ⁻¹⁰²⁻¹⁰³⁻ e, incluso, entre alumnos ⁻¹⁰⁴⁻).

En cuanto a ser CREYENTE o no, los no creyentes son algo menos prejuiciosos, aunque los creyentes no presentan diferencias significativas respecto a la media general.

Para finalizar, en lo tocante a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, son precisamente los indecisos los que tienden a ser más prejuiciosos, mientras que los que se orientan hacia los extremos son significativamente los menos prejuiciosos, aunque no se aprecian diferencias significativas entre los que están completamente a favor y los que están completamente en contra de ella; ésto -como veremos más adelante- echa por tierra el estereotipo ampliamente divulgado y, a veces, creído sin más, que estar en contra de la clonación es propio de mentes estrechas o fanáticas, reaccionarias y prejuiciosas⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁷⁾.

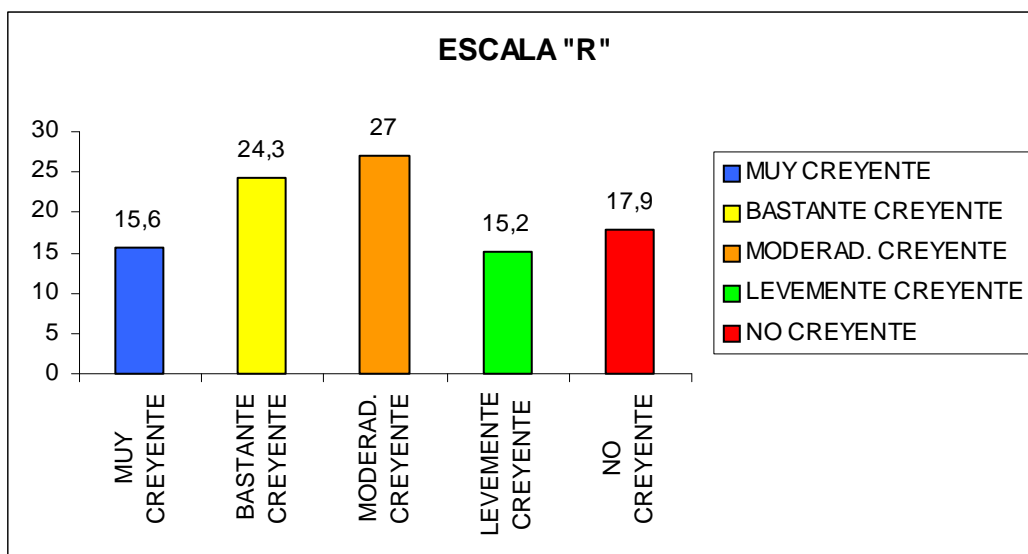
6.2.2.- ESCALA "R"

		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>INTERVALO</u>
Tónica General:	Muy creyente	105	15,6%	1
	Bastante creyente	163	24,3%	2
	Moderadamente creyente	181	27,0%	3
	Levemente creyente	102	15,2%	4
	No creyente	120	17,9%	5
TOTAL:		671		
\bar{X} : 2,95; σx : 1,31				

(Tablas 1, 17 y 33)

Aquí analizamos los datos, porcentajes y medias, obtenidos por el total de los sujetos con los que hemos trabajado en la Escala R que, como vimos en la Metodología, es un instrumento que mide de forma fiable y válida la RELIGIOSIDAD no CONFESIONAL de los sujetos ⁽¹⁰⁸⁾.

Como nos ilustra el gráfico, la población estudiada es eminentemente creyente, con la mayoría relativa de los sujetos (27,0 %) en el nivel o intervalo de moderadamente creyente, apareciendo como bastante y muy creyentes casi el 40,0 % (39,9 %) y como no creyente tan solo el 17,9 %.



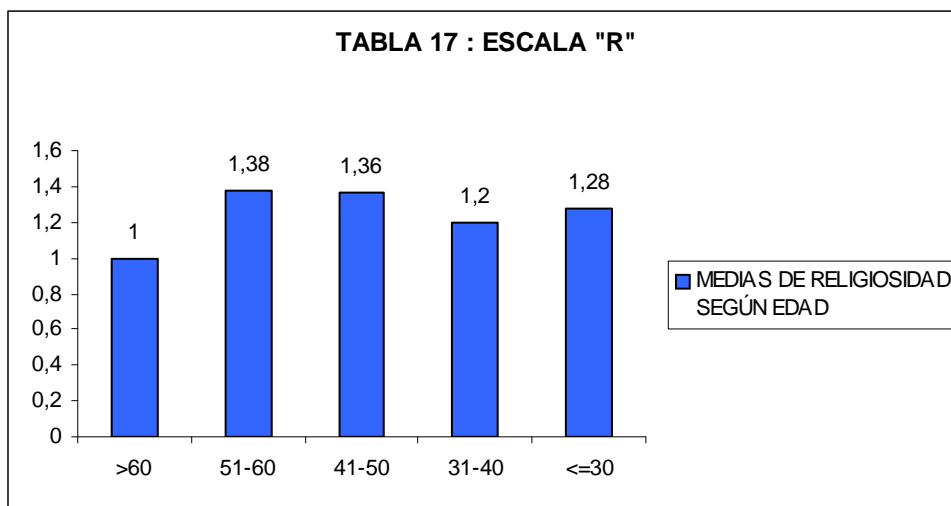
En cuanto a la media (2,95) ésta se ubica entre los intervalos bastante y moderadamente creyente (más cerca del moderadamente creyente).

Debemos recordar que los datos aquí manejados han sido obtenidos -como se ha dicho- mediante un cuestionario psicométrico (la Escala R) por lo que no son exactamente iguales a los que aparecen en las variables CREENCIAS RELIGIOSAS y PRÁCTICAS RELIGIOSAS que estudiamos en los puntos 6.1.13 y 6.1.14, variables en las que los sujetos se autocatalogaban, en una categoría o en otra, en virtud de su autopercepción sobre sus creencias (al igual que -como vimos en el punto 6.1.11- se catalogaban en virtud de su autopercepción acerca de sus conocimientos sobre la clonación); no obstante ello, la correlación es elevadísima: recordemos que se consideraba creyente el 70,6 % de la muestra total y no creyente el 29,4 %; de igual modo, consideraba que practican sus creencias religiosas, normalmente, el 20,1 % y, moderadamente, el 38,9 %, declarándose como no practicantes el 41,0 %, y es que -como también dijimos- la autopercepción en los niveles académicos superiores suelen ser un buen indicador de la conducta real ⁽¹⁰⁹⁻¹¹⁰⁾ aunque no es, obviamente, un indicador exacto pues reiteramos que "estar convencido de algo no significa tener razón".

Así las cosas, vemos como los datos del cuestionario -más fiable que la propia autopercepción- nos indican que el porcentaje de creyentes es algo superior en realidad, siendo el de no creyentes solo del 17,9 %, frente al 29,4 % que se obtenía mediante la autopercepción (tal vez porque sea más "políticamente correcto" autodefinirse como no creyente); no obstante ello, la Escala nos ofrece una gradación en niveles/intervalos que las opciones discretas -en el sentido matemático- de la variable creyente/no creyente no nos daba.

Pasando a la comparación de la puntuación media en Religiosidad (2,95) en los diversos subgrupos, vemos como las mujeres -como tantas veces se ha dicho y avala la literatura ⁽¹¹¹⁻¹¹²⁾- tienden a ser más creyentes, aunque en los niveles de muy creyentes la mayoría absoluta la ocupan los varones; también tienden ser más creyentes, aunque no de forma muy significativa, los de mayor nivel académico ⁽¹¹³⁾.

De forma significativa la religiosidad evoluciona, sobre todo, con la edad (dato este que también se ve avalado por toda la literatura analizada al respecto ⁻¹¹⁴⁻¹¹⁶⁻) de modo que -como nos ilustra el gráfico- cada cohorte es más religiosa que la anterior (aunque todas ofrecen un perfil medio mayoritario de creyente); en correlación con ello a medida que aumenta la antigüedad profesional también lo hace la religiosidad.

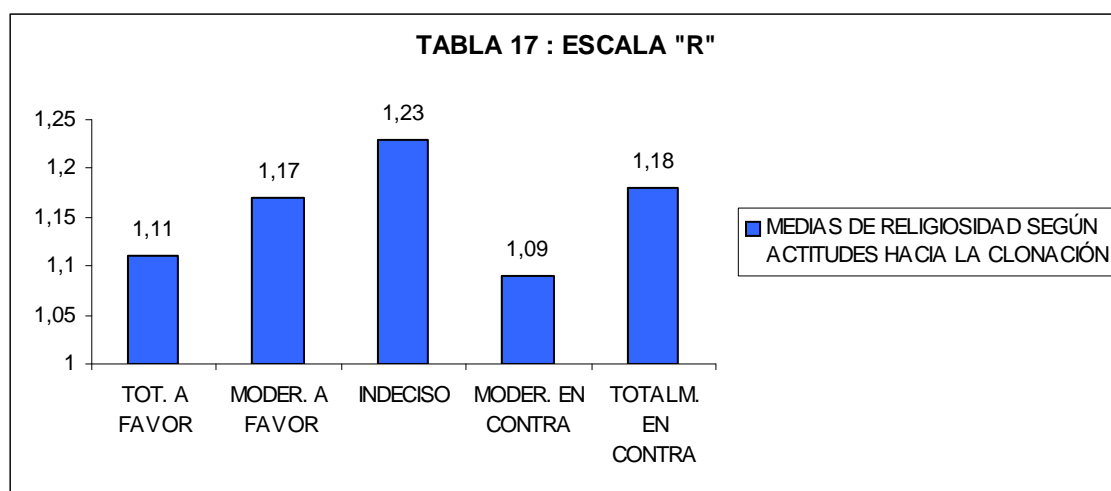


También ha resultado ser significativo el que aparezca como más creyente el P.S. vs el no Sanitario (como también constató una investigación en esta misma población ⁻¹¹⁷⁻); en esta línea, en los Hospitales, el nivel de religiosidad es mayor que en la Facultad de Filosofía y Letras y que en la Escuela Superior de Ingeniería.

Como era de esperar, la máxima significación diferencial de las medias se da entre creyentes y no creyentes (2,34 vs. 4,42) y entre practicantes y no practicantes (1,56 vs. 4,13) lo cual corrobora aún más que la autopercepción, aunque no es un indicador exacto, sí es un indicador fiable de la religiosidad.

Respecto a los PREJUICIOS, se tiende a ser más prejuicioso a medida que se es más religioso (aunque el dato queda algo sesgado -como dijimos en el punto anterior- al haberse obtenido solo un caso -no significativo- de sujetos muy prejuiciosos); por ello la comparativa se establece mejor analizando los porcentajes (tabla 33) y no las medias; de este modo vemos que los no creyentes en efecto ocupan el mayor porcentaje entre los no prejuiciosos, pero los muy creyentes tampoco les van a la zaga, dominando éstos y los bastante creyentes el nivel de levemente prejuicioso.

Por último, en lo tocante a las ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN, también se observa -como nos muestra el gráfico- una clara correlación entre ser más religioso y estar más en contra de la clonación, de modo que -al igual que sucedía con la edad- a medida que aumenta el nivel de religiosidad se está más en contra de la clonación, lo cual ya se presumía cuando veíamos en el punto 2.2.4 que todas las confesiones importantes del mundo se oponen, en mayor o menor medida, a la clonación.

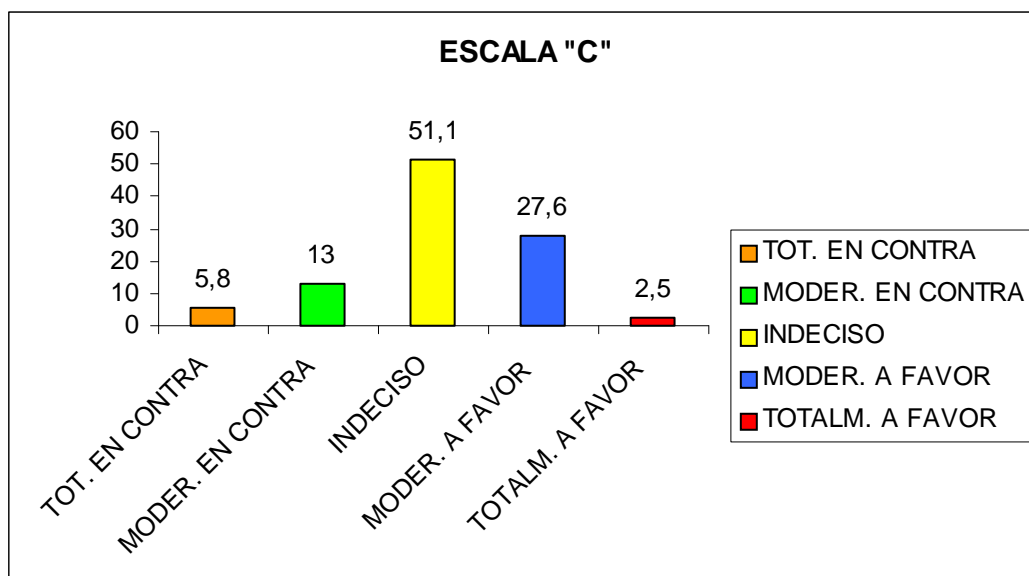


6.2.3.- ESCALA "C"

		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>INTERVALO</u>
Tónica General:	Totalmente en contra	39	5,8%	164-177
	Moderadamente en contra	87	13,0%	137-163
	Indeciso	343	51,1%	101-136
	Moderadamente a favor	185	27,6%	74-100
	Totalmente a favor	17	2,5%	59-73
TOTAL:		671		
\bar{X} : 115,18; σx : 24,81				

(Tablas 1, 18 y 34)

Como vemos en los datos arriba reseñados y en el gráfico, la mayoría absoluta de la población analizada (recordemos una vez más que es universitaria y, en su mayoría, sanitaria) se encuentra indecisa en sus actitudes hacia la clonación (51,1%) según los resultados obtenidos en la Escala C; luego, algo de delicado y controvertido tendrá el tema, cuando una población como la aquí analizada se encuentra, en su mayoría, indecisa sobre el asunto; siendo más los que se inclinan a estar totalmente en contra (5,8%) que los que están completamente a favor (2,5%), aunque los que están moderadamente a favor (27,6%) son más que quienes están moderadamente en contra (13,0%).



La puntuación media general obtenida en la Escala es de 115,18 (casi precisamente el punto medio del intervalo en el que se cataloga a los indecisos, que va de 101 a 136) -El análisis por factores lo haremos en el siguiente subapartado-.

Estos datos son difícilmente contrastables con otros de investigaciones similares habida cuenta la escasez casi absoluta de estudios al respecto y, sobre todo, con poblaciones universitarias y eminentemente sanitarias (además, los pocos a los que hemos podido acceder, tras una ardua y extensa búsqueda, utilizan metodologías muy dispares que van desde la encuesta o entrevista rigurosa, aunque siempre menos fiable, -recordemos que nosotros utilizamos cuestionarios psicométricos- a las meras llamadas telefónicas espontáneas o respuestas a través de la red, una vez vertida la pregunta en algún medio de comunicación); no obstante ello, cotejando estos datos con los nuestros, vemos que la indecisión es mayoritaria.

Así, en una encuesta realizada por el semanario "Mujer Hoy" ⁽¹¹⁸⁾ en 2004, en su sección "Tú opinas" -en la que no se nos ofrece ni la ficha técnica, ni el número de respondientes, etc- ante la pregunta "¿Es ética la investigación con células madre de embriones?" se nos dice que el 55,0 % de los que respondieron creen que sí y el 45,0 % que no, lo cual a priori indica un marco de respuesta similar y se traduce, como la misma revista recoge, en una opción poco definida en la población, con porcentajes muy similares entre una alternativa y otra.

Otra encuesta, realizada en Uruguay en 2005 en un total de 93 sujetos de distintos sectores sociales ⁽¹¹⁹⁾, ante la pregunta "¿Está de acuerdo con la clonación?", nos indica que el 47,6 % dijo que no, el 43,4 % dijo que sí y un 9,0 % se acogió a la opción NS/NC -No sabe/No contesta-.

Mediante la técnica de la Entrevista (encuesta cara a cara) pero de forma completamente rigurosa -como no podría ser de otra forma, dado el organismo que la realizó- el CIS, con un Universo extensible a la población española de ambos sexos de 18 años y más -en 168 municipios y 47 provincias salvo Ceuta y Melilla- mediante una muestra de 2492 entrevistas, con una toma de datos efectuada en agosto/abril de 2001 y con un error muestral del 5,0 % (n.c. del 95,5 %) ⁽¹²⁰⁾, nos indica que ante la pregunta "¿Se debería impedir la investigación sobre la clonación?" el 70,2 % de los entrevistados dijeron que sí y tan solo el 14,8 % de los sujetos indicaron que "no se deben poner barreras a la ciencia" mientras que el resto (15,0 %) se acogió al NS/NC.

Algo más reciente es el trabajo -ya varias veces citado por nosotros en esta tesis- de la Fundación BBVA a cerca de los prejuicios y actitudes sobre la Biotecnología en Europa ⁽¹²¹⁻¹²²⁾, mediante entrevistas individuales domiciliarias en nueve países europeos, realizadas entre octubre de 2002 y febrero de 2003 por empresas demoscópicas de solvencia (*Alemania, TNS Emnid; *Reino Unido, ICM; *Francia, TNS Sofres; *Italia, TNS Abacus; *España, TNS Demoscopia; *Holanda, TNS Nipo; *Austria, Karmasin; *Polonia, TNS Obop, y *Dinamarca, TNS Gallup) a 13.500 casos (1.500 individuos de cada país) con un error muestral máximo del 5,0 % (n.c. del 95,5 %).

En este trabajo vemos como la opción dominante es también la de la indecisión, con cuatro de nueve países que apoyan -muy tenuamente- la investigación con células troncales (en una escala de 0 a 10): Dinamarca con un 5,5; España con un 5,3; Francia y Reino Unido con un 5 ambas; y cuatro que se oponen radicalmente (Alemania con un 3,9; Italia con un 4; Austria con un 4,1 y Polonia con un 4,3) estando Holanda en la pura y completa indecisión (4,6).

Pero esta indecisión se torna en claro rechazo a la hora de evaluar el uso de embriones creados específicamente para la investigación en clonación terapéutica, aquí -a excepción de Dinamarca- todas las naciones se niegan a aceptarla. En el caso de España un 30,0 % rechaza claramente la creación de embriones, un 25,0 % la aprueba, un 23,0 % se sitúa en posiciones intermedias y un 22,0 % no tiene una opinión formada.

Como vemos, los datos -con las salvedades arriba expuestas- coinciden claramente con los obtenidos por nosotros.

Menor respeto podrían merecer a priori los datos ofrecidos por la revista *Jano On-line* ⁽¹²³⁾ en los que precisamente alude a los resultados contrapuestos de dos encuestas realizadas en los EEUU, lo que evidencian que posiblemente han sido investigaciones realizadas "pro domo" (a favor del que la patrocina) y en absoluto asépticas; de este modo, la realizada por la Coalición para el Avance de la Investigación Médica (CAMR) señala que el 68,0 % de los estadounidenses "se declaran a favor de la clonación cuando el objetivo es obtener células madre que servirán en el futuro para tratar enfermedades"; por otro lado, la encuesta efectuada por la organización Stop Human Cloning -SHC- (el nombre es elocuente) revela que "el 59,0 % de los ciudadanos considera equivocado crear embriones humanos con fines de investigación" -no hemos podido acceder a la ficha técnica de ninguna de las dos-... Aunque, en realidad, las 2 opciones no tienen por qué ser tan contradictorias pues en la investigación de la CAMR no se especifica que esa investigación se haga creando

embriones ad hoc (podría ser utilizando los supernumerarios de FIVTE, lo cual -como ya sabemos- no levanta tanta repulsas); mientras que en la de SHC se alude clara y directamente a la creación de embriones humanos con fines de investigación, lo cual (como hemos visto incluso en la investigación europea del BBVA) levanta más ampollas.

Volviendo a nuestros datos y centrándonos ahora en el análisis de los mismos por estratos y subgrupos, vemos como:

En cuanto al SEXO, aún y dentro de la mayoritaria indecisión, los varones están algo más a favor que las mujeres (70,6 % de los que están totalmente a favor), mientras que éstas alcanzan la mayoría absoluta (58,6 %) de los que están moderadamente en contra.

Por EDADES, los más jóvenes tienden a estar más a favor, aumentando la oposición a medida que lo hace la edad, -esto es una constante entre todas las encuestas analizadas, que hemos reseñado más arriba, que ofrecen datos por edades-; obviamente todas las variables que dependen o covarían con la edad siguen esta tónica.

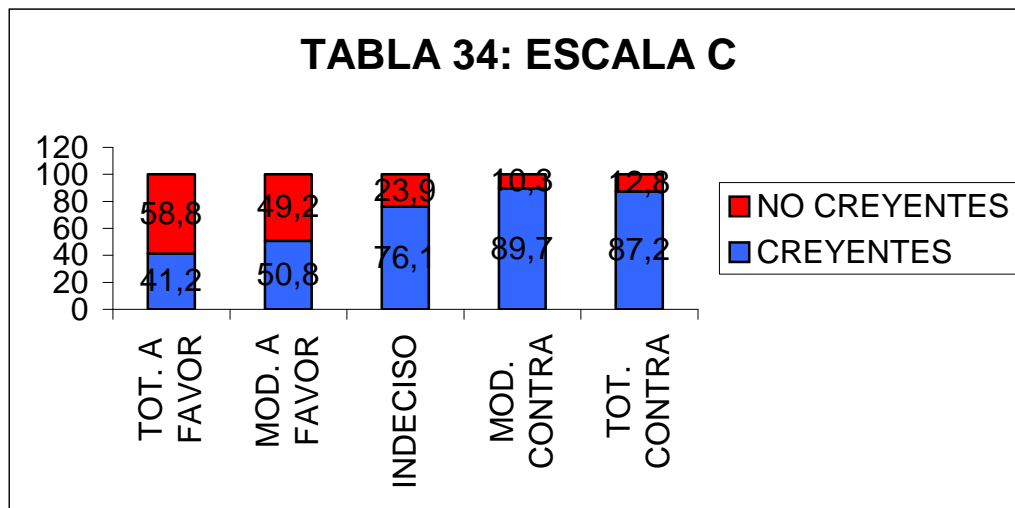
Por NIVELES ACADÉMICOS, los Alumnos son quienes en mayor medida están a favor, los Diplomados son los más indecisos y los Doctores son quienes con mayor énfasis manifiestan su oposición.

Por CENTROS, los Hospitales están más indecisos y se oponen más que la Facultad de Filosofía y Letras y la Escuela Superior de Ingeniería... dentro de los Hospitales, el de Pto. Real está más a favor (recuérdese que la plantilla es más joven) que el de Pta. del Mar.

En cuanto a SER O NO SANITARIO, los no sanitarios están -curiosamente- más a favor que los sanitarios, estándolo también -dentro de los sanitarios- más los de Enfermería que los de Medicina.

Con respecto a los CONOCIMIENTOS, los que se reconocen tener más conocimientos se decantan más por las opciones de estar completamente a favor o completamente en contra, siendo los que menos conocimientos tienen los que se muestran mayoritariamente indecisos (74,3 % de todos los indecisos).

Atendiendo a si se tiene o no FAMILIARES O ALLEGADOS que podrían beneficiarse con las técnicas de clonación, son los que admiten tenerlos quienes están más a favor de las técnicas de clonación; de igual modo, son los CREYENTES quienes más se oponen a éstas -como se ve en el gráfico-.



Según los PREJUICIOS, sin embargo, no se aprecian claras diferencias, no estándose, a medida que se tienen más prejuicios, más en contra que la media de forma significativa, aunque los que no presentan ningún prejuicio sí están algo más a favor.

Atendiendo a las MEDIAS (tabla 34), y no a los porcentajes como antes, -recordemos que la media general es de 115,18- los niveles más elevados de ESTAR EN CONTRA de la clonación los presentan los viudos o similares (123,02), los del máximo nivel académico -doctores- (124,56), los normalmente practicantes (135,13), los muy creyentes (134,82) y los muy prejuiciosos (153,00) -aunque este dato no tiene valor estadístico, como ya hemos indicado varias veces, al haber aparecido tan solo un caso con estas características-. No obstante ello, y salvo este último caso, no representativo, todas estas medias se encuentran dentro del intervalo de indecisión.

En el otro extremo, las medias más A FAVOR las presentan los no creyentes (102,45) y los no practicantes (104,95)...en cuanto a los prejuicios -y frente al estereotipo ya refutado más arriba de que estar en contra de la clonación es típico de mentes prejuiciosas- los bastante prejuiciosos presentan una media (112,92) algo más a favor de la clonación que los levemente prejuiciosos (116,44) e, incluso, que los no prejuiciosos (113,60).

6.3.- ANÁLISIS POR FACTORES E ÍTEMS DE LA ESCALA "C"

"La verdad es útil a quien la escucha, pero desventajosa a quien la dice, porque lo hace odioso"

B. PASCAL (Pensamientos)

En este nuevo punto de nuestro trabajo pasaremos a desarrollar el análisis concreto de la Escala C, pero no como Escala global (lo cual ya lo hemos hecho en el recientemente visto apartado 6.2.3) sino ítem a ítem -de forma sucinta- y, sobre todo, Factor a Factor; este análisis lo presentaremos y plantearemos, como hemos hecho hasta ahora, en el total de la muestra y controles -"TODOS"- y según los diversos subgrupos y estratos, atendiendo a las distintas categorías de las variables sociodemográficas y psicosociales que hemos obtenido en nuestros sujetos.

6.3.1.- ÍTEMS DE LA ESCALA C

(Tabla 19)

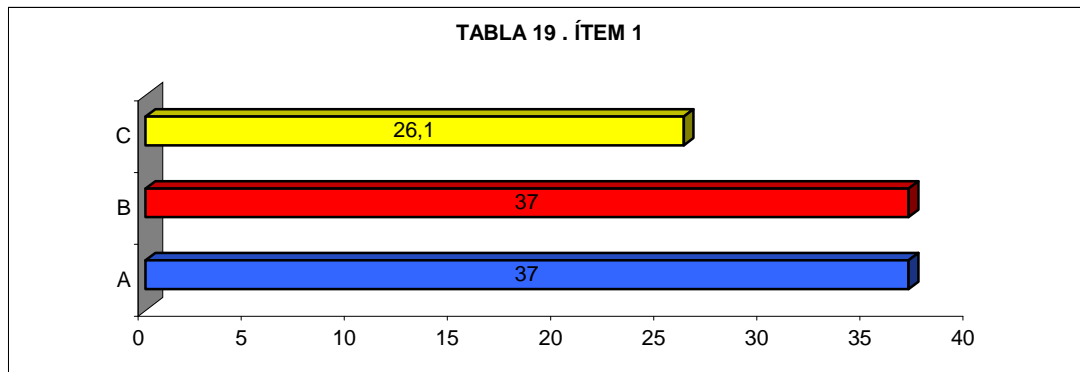
En las páginas siguientes se presentan los gráficos con los resultados obtenidos en cada uno de los ítems, ofreciéndose, debajo de cada uno de ellos, como leyenda, el texto; para su mejor interpretación recordemos que -en cada ítem- la opción "A" significa que los que responden consideran cierto o correcto o están de acuerdo con lo que se afirma; la opción "B" significa que los sujetos lo dudan o no lo tienen claro, mientras que la opción "C" acoge a los que no están de acuerdo o no creen que sea cierto o correcto lo que se expresa en el ítem.

Por razones de no hacer prolijo este texto y habida cuenta que en una Escala Psicométrica, los ítems aislados tienen un escasísimo valor (pues lo tiene la Escala como tal y, a lo sumo, los Factores que lo componen), destacaremos a continuación tan solo aquéllos que han obtenido los resultados más diferenciados, en el sentido de haber conseguido que la mayoría absoluta de los sujetos se hayan decantado por ellos, reseñando también aquéllos que la hayan rozado, para pasar -en el punto siguiente- al análisis de los Factores o Subescalas.

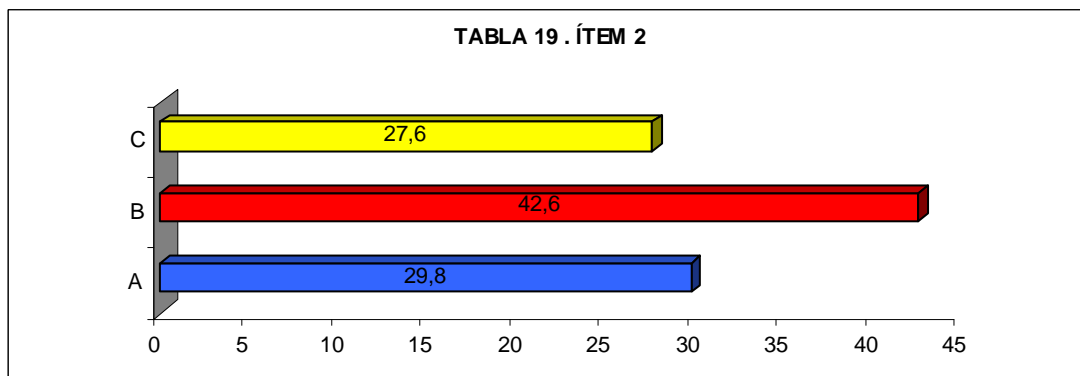
Pero, antes, conviene recordar que en el proceso de elaboración de la Escala descartamos -como vimos en el punto 4.3.5.2- algunos ítems del Cuestionario Piloto por no resultar DISCRIMINATIVOS en el proceso de procurar y asegurar la CONSISTENCIA INTERNA, habida cuenta que la muestra piloto los contestó sistemática y mayoritariamente en una opción determinada; existiendo un claro CONSENSO al respecto independientemente de que se estuviera a favor o en contra de la clonación.

Por lo que ya sabíamos, antes de aplicar la batería de pruebas, que más del 70% de la población sanitaria analizada entiende que en el tema de la clonación ha habido un cambio de actitudes por motivos UTILITARISTAS (71,0 %); que la clonación humana, incluso la terapéutica, PLANTEA UN PROFUNDO DILEMA MORAL (73,0 %) y que se debe regular el DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, como en el caso del aborto, si se promulgaran leyes que permitan la clonación, aún terapéutica (casi el 90,0 % de consenso).

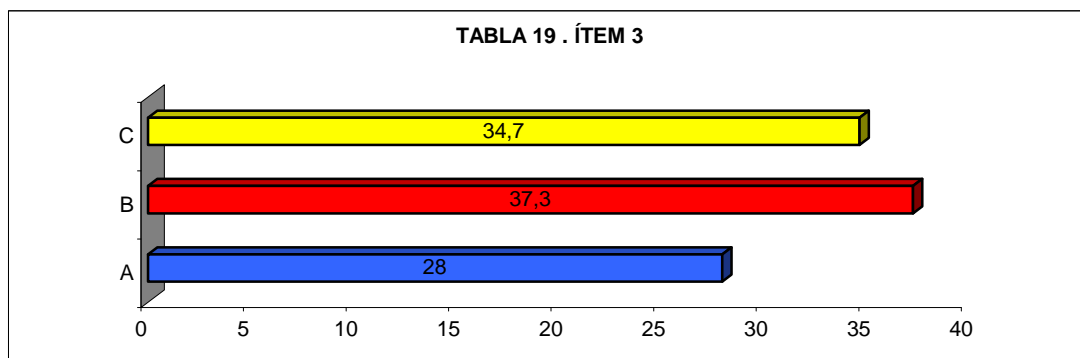
Pero, antes de adentrarnos en ello, veamos los gráficos de cada ítem, según los datos de la tabla 19:



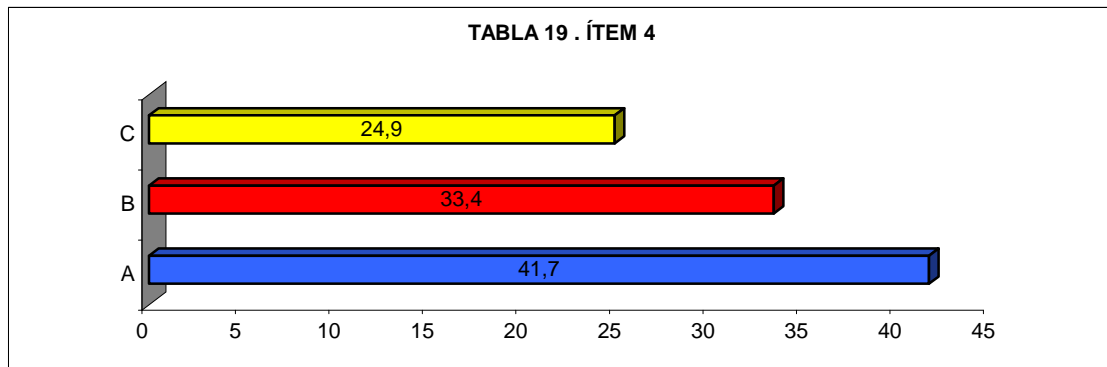
No está clara la determinación existencial de si ante un embrión estamos o no en presencia de un individuo humano, luego no es lógico el prohibir tajantemente la investigación con ellos.



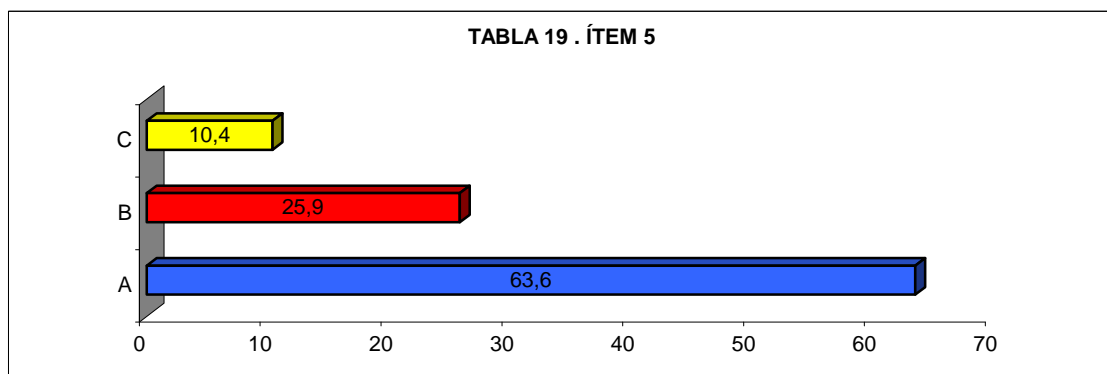
Es inmoral el subordinar la protección a los embriones a los criterios de utilidad (aún curativa) para los seres humanos nacidos.



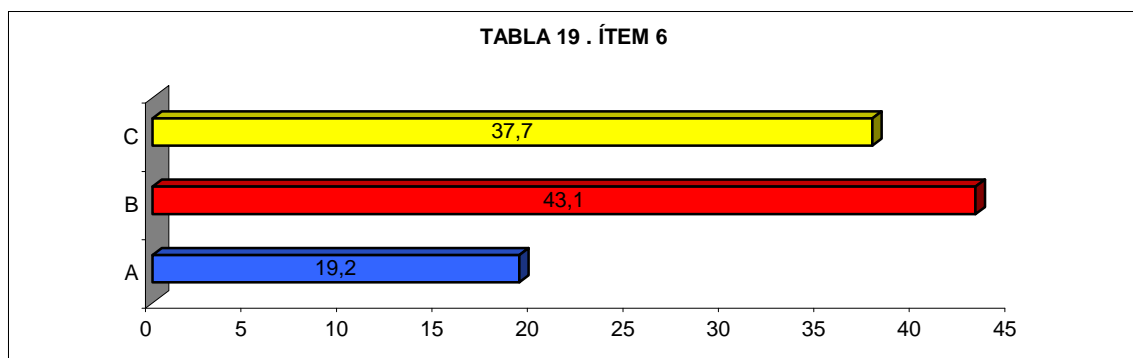
El embrión constituye el primer tramo de la existencia del hombre que ha de ser respetado y protegido, no permitiéndose su manipulación o destrucción pues tiene los mismos derechos que otro ser humano en cualquier fase del desarrollo.



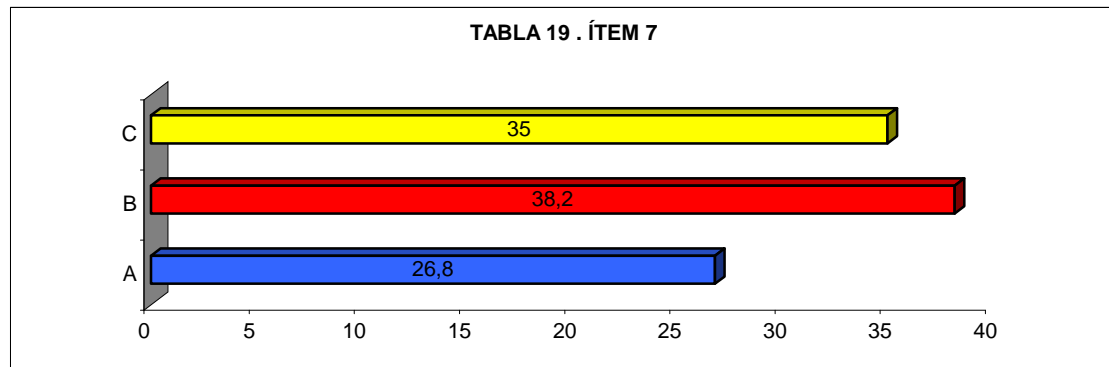
La sociedad debe efectuar sus valoraciones sobre los avances de la clonación en base a sus aplicaciones biomédicas y eficacia y no en base a principios éticos/religiosos.



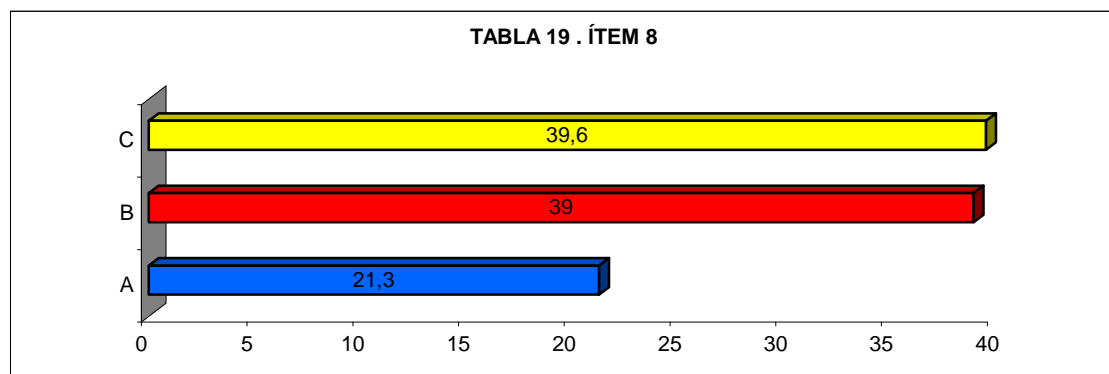
Nos guste o no, existen embriones sobrantes de las Técnicas de Fertilización in Vitro por trasplante de Embriones (FIVTE) congelados, luego parece absurdo no utilizarlos para investigaciones dirigidas a poder curar enfermedades, puesto que es más digna y humana la utilización de los embriones sobrantes que su destrucción.



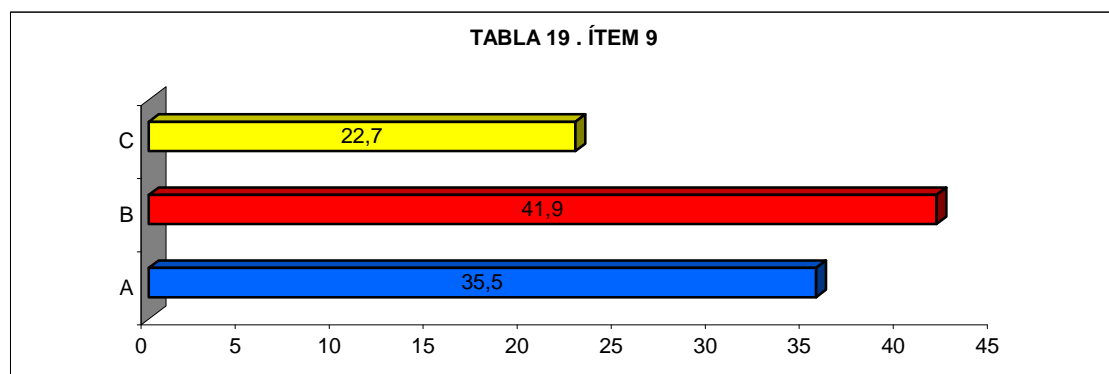
Solo son personas quienes dan muestras de ser seres racionales y actúan racionalmente como sujetos humanos; el embrión evidentemente no es una persona y, por tanto, no es sujeto de derechos y debe poder utilizarse en investigación en clonación.



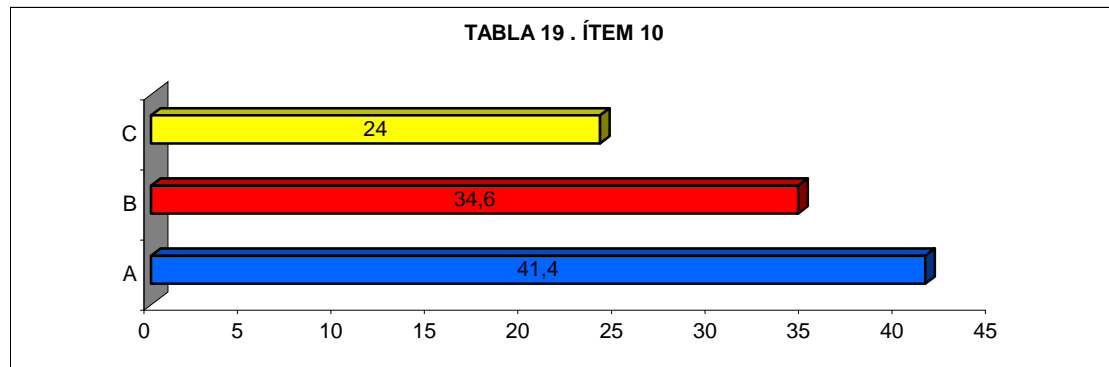
El embrión humano es un ser desde el principio y no un mero tejido humano o un ser "prehumano".



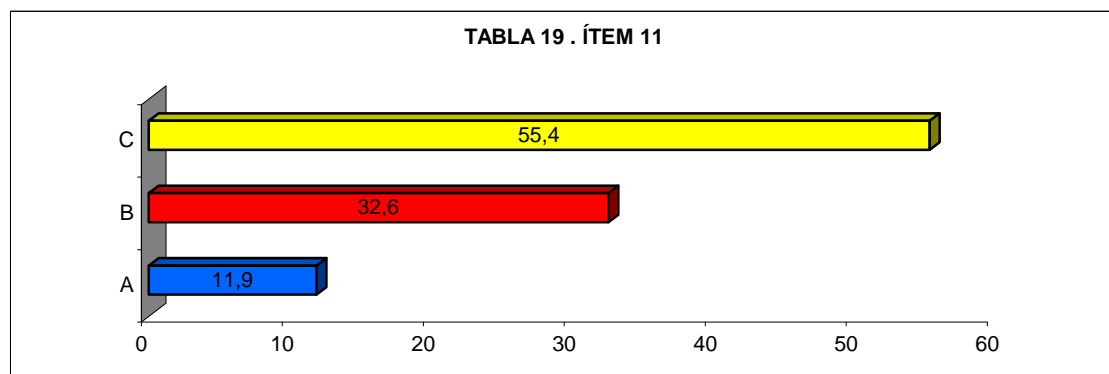
Oponerse a la clonación podría suponer una forma de obstruccionismo a los derechos reproductivos del ser humano.



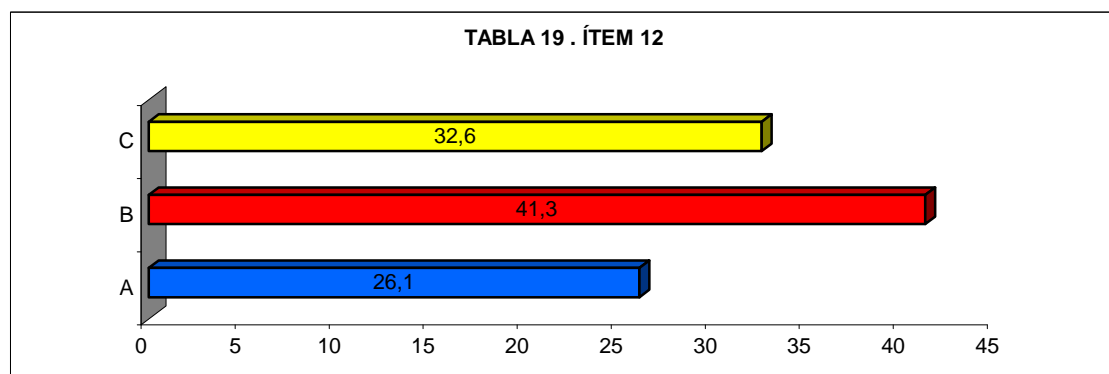
Nunca puede prevalecer el interés y el bienestar social sobre el individual a costa de los derechos humanos, por ello la destrucción de embriones ha de prohibirse sean cuales sean los beneficios que reporte.



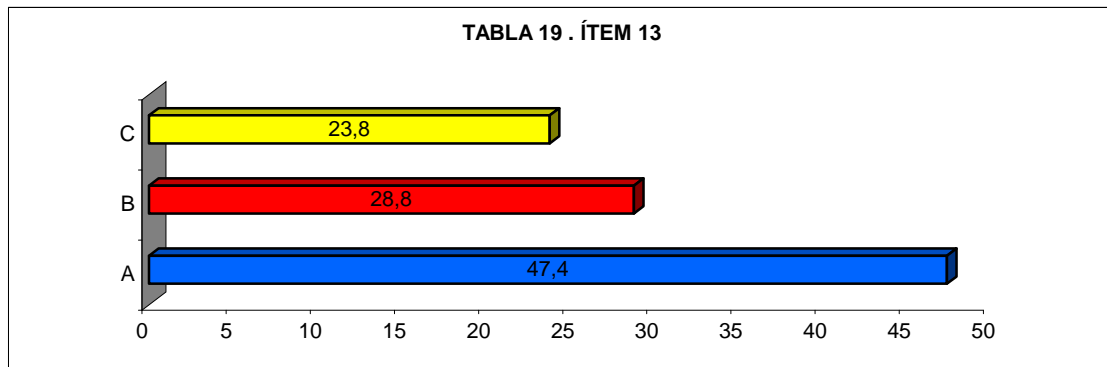
El derecho a la vida de un ser humano nacido está por encima del de un mero embrión, por ello debe permitirse la clonación terapéutica.



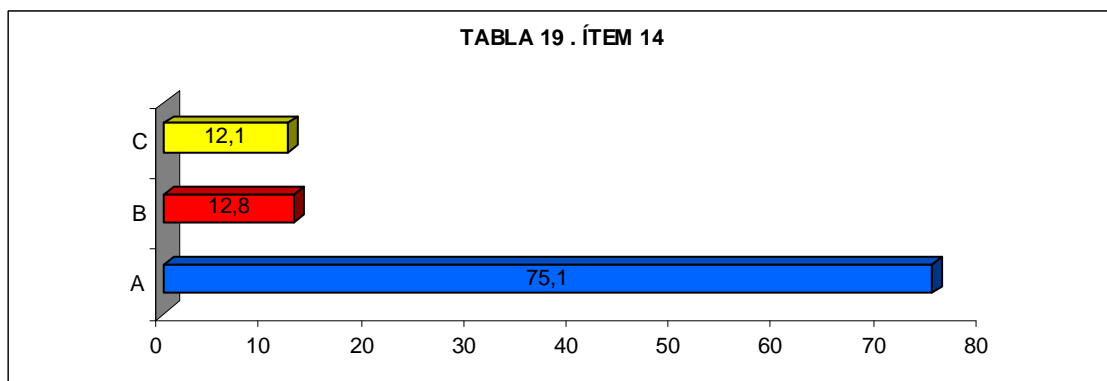
Mediante la clonación reproductiva se vence a la muerte y el miedo a la misma por la reproducción continua de un descendiente idéntico, por ello no debe prohibirse.



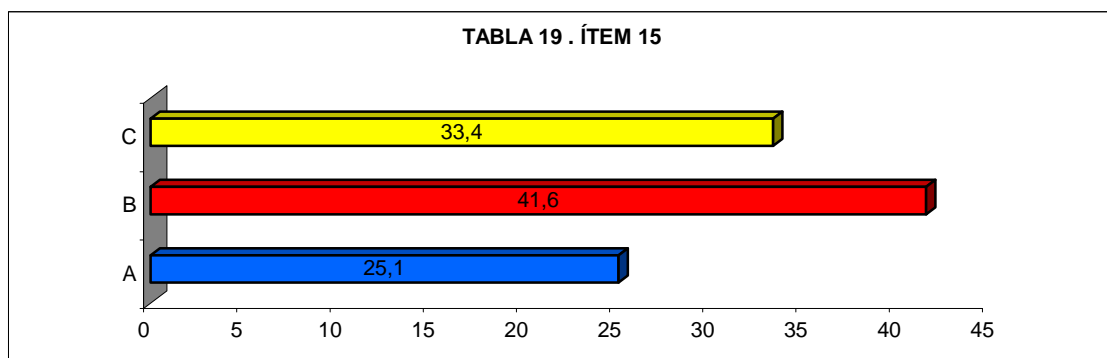
Ser persona implica una inviolable dignidad, un valor absoluto y unos inalienables derechos que el embrión humano también posee en todas sus fases.



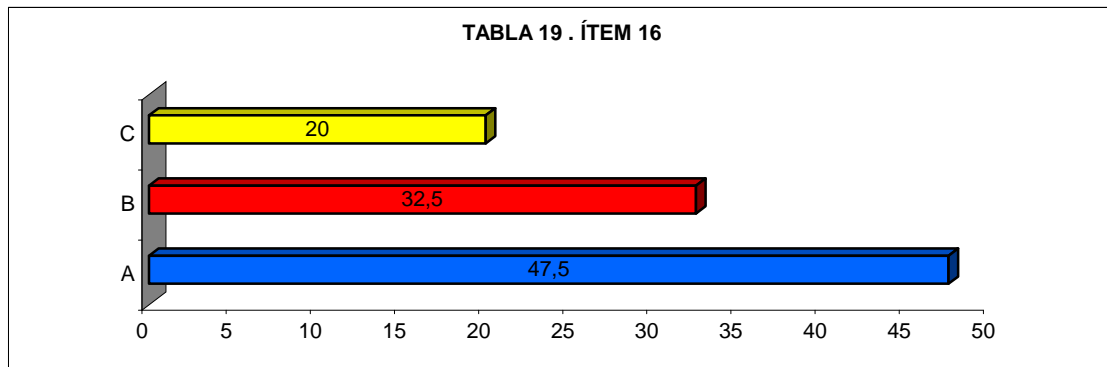
Son los sectores más conservadores los que se empeñan en impedir de forma intransigente la investigación con embriones con fines terapéuticos.



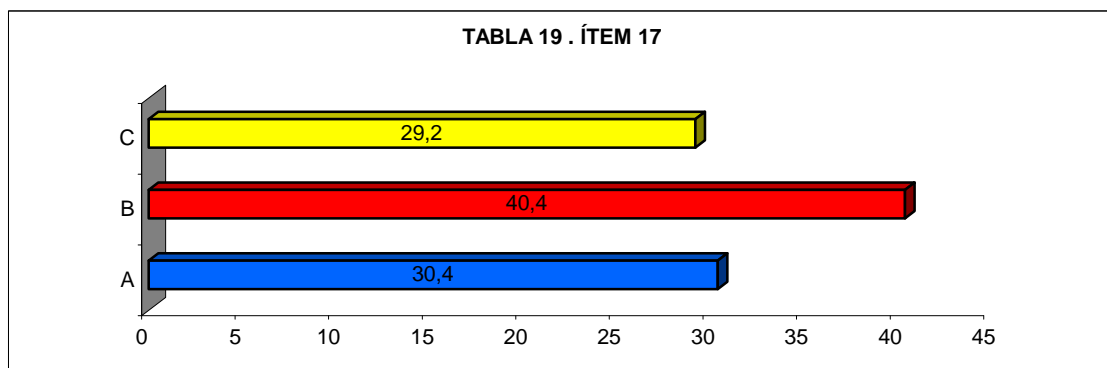
Si el embrión humano no es persona porque no es un ser humano con razonamiento, tampoco lo son los dementes, ni los retrasados mentales, luego si se puede manipular y destruir a los embriones también se puede hacer lo mismo con los dementes y retrasados mentales.



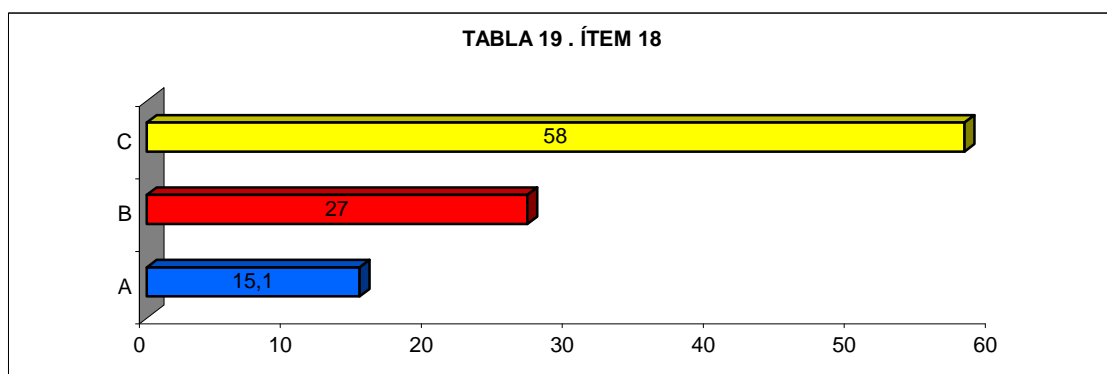
El embrión humano es un ser humano y, como tal, un nuevo paciente de la medicina, no un mero producto para la investigación biomédica bajo principios utilitaristas o un simple medio para un fin, por muy elevado que sea.



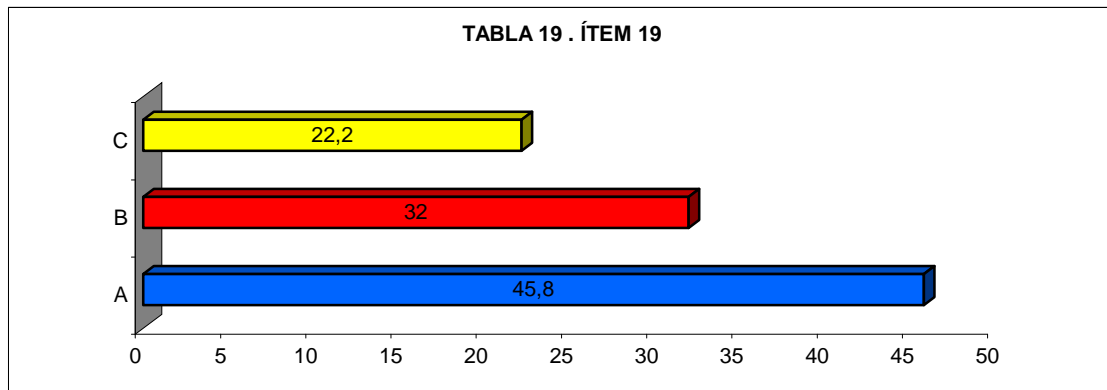
En el juicio moral de la clonación no debemos olvidar la perspectiva histórica, recordemos como fueron juzgadas también como perversas las ideas de Copérnico, Galileo, Darwin o Einstein y hoy se han aceptado.



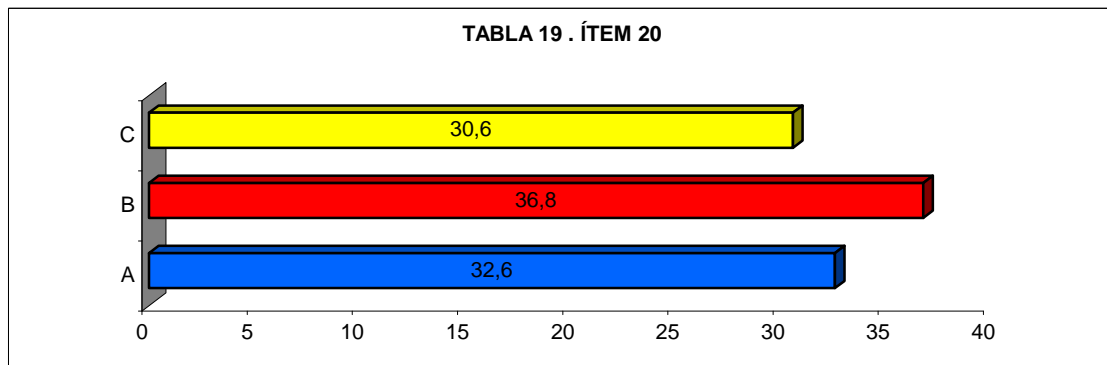
El embrión humano no es persona hasta la implantación luego hasta ese momento no debe haber problemas éticos o legales para su utilización en la clonación.



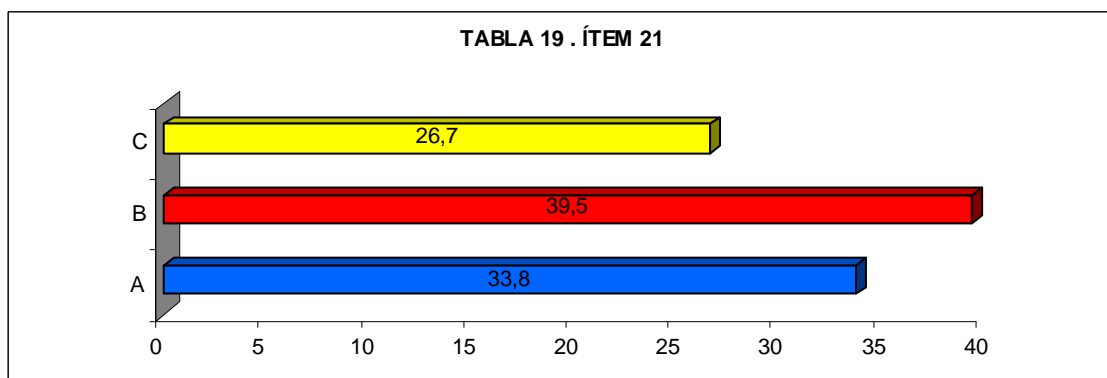
La clonación reproductiva no debe prohibirse puesto que puede ofrecer bienes indudables como aminorar los efectos psicológicos de la pérdida de un ser querido o producir seres de un alto nivel intelectual.



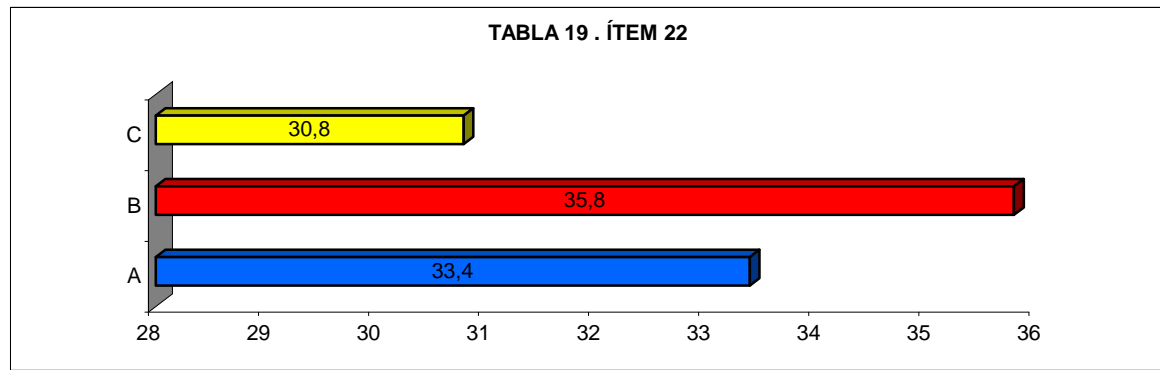
Es discutible si un embrión de 6 días es un ser humano o no, pero lo que sí está claro es que una persona enferma de Diabetes o Parkinson sí lo es... luego la opción es clara: ¡ sí a la clonación terapéutica!.



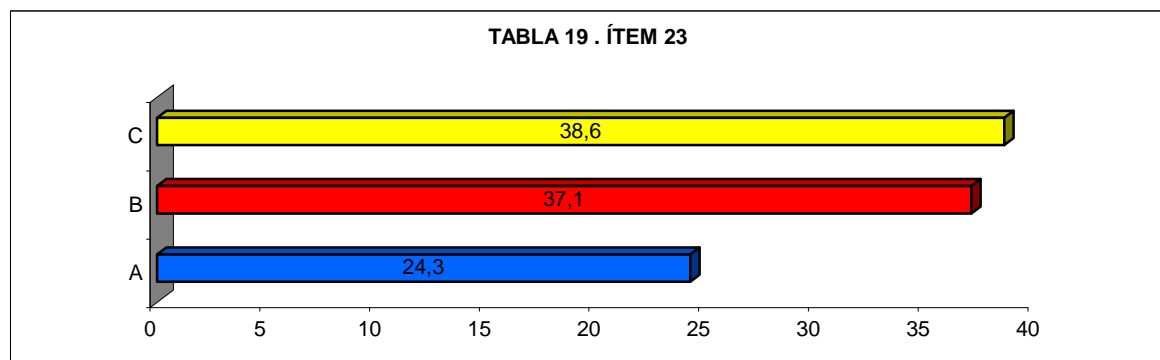
El preembrión no es un ser humano sino tan solo "tejido humano", persona en potencia pero no en acto, y como tal es manipulable y objeto de investigación.



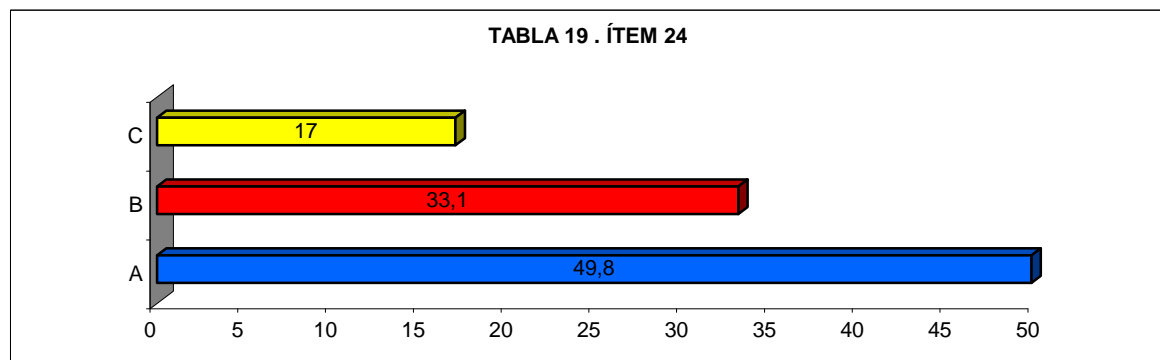
Cualquier investigación es legítima si se sigue un gran beneficio para la humanidad, por ello no debe restringirse ni prohibirse la investigación sobre la clonación humana.



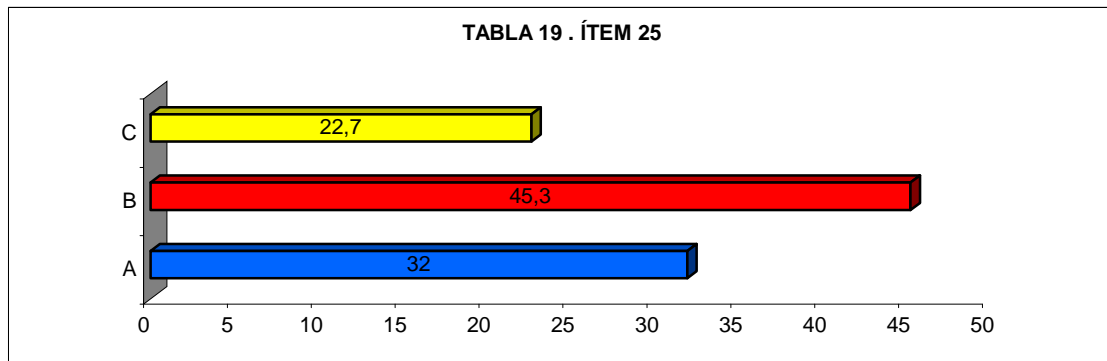
Dadas las ventajas potenciales de la clonación, incluso económicas, sería una tragedia el que por absurdos escrúpulos teológicos o filosóficos se rechazara de forma alegre.



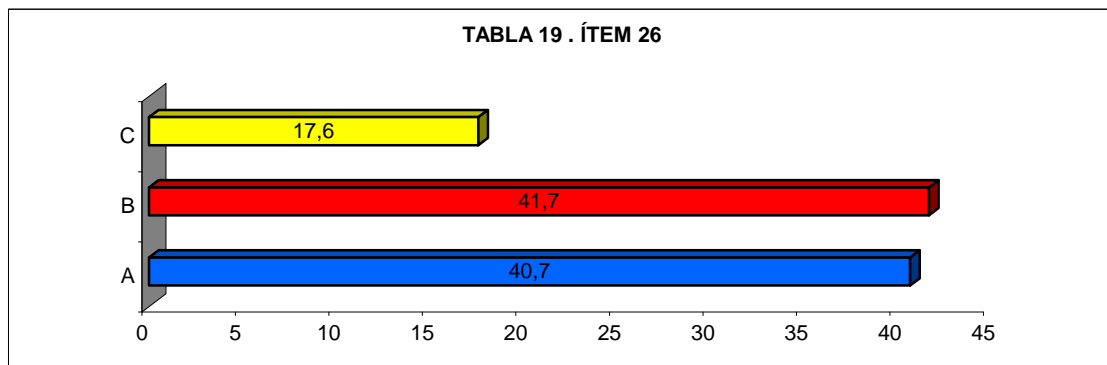
Es bueno y lícito buscar la felicidad y el bien para el mayor número de personas, aún a costa del sacrificio, inconveniente o involuntario de la minoría, por ello es buena la clonación terapéutica aunque se sacrifiquen embriones.



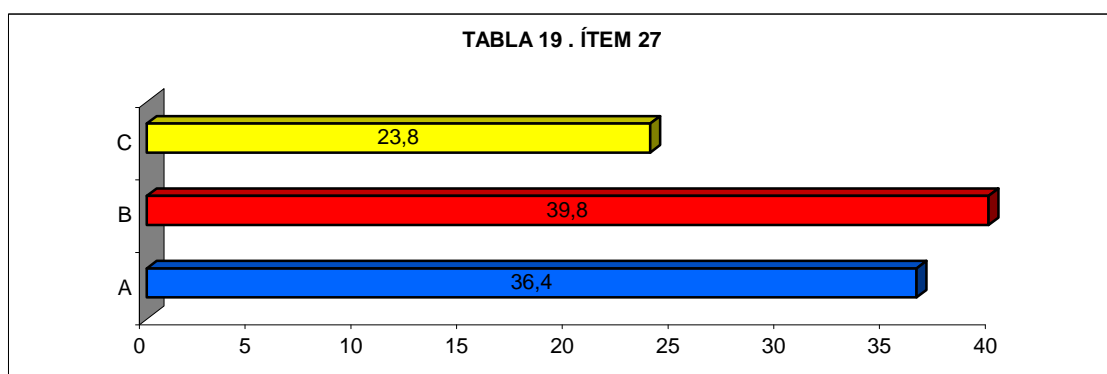
Se debe permitir la clonación terapéutica puesto que salvará vidas humanas y mejorará la sociedad.



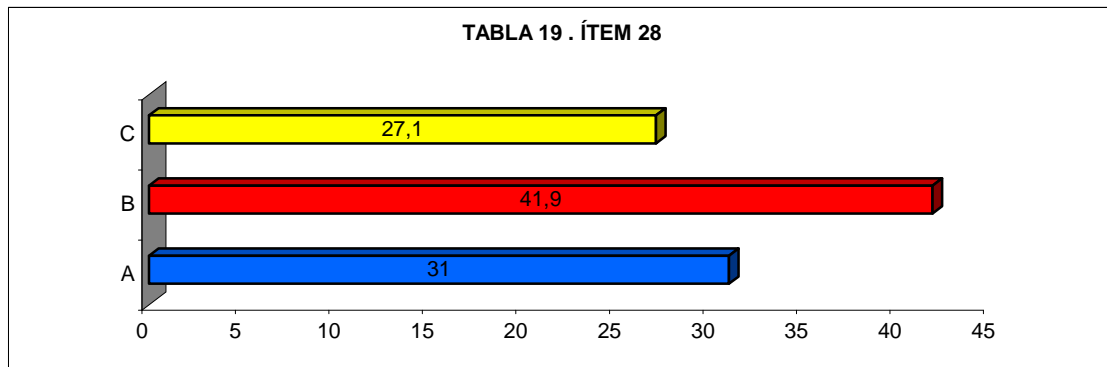
Se dice que en contra de la clonación tan solo hay miedos, fanatismos y prejuicios irracionales; sin embargo, detrás de las actitudes a su favor están la vanidad, el prestigio social, el dinero o el utilitarismo.



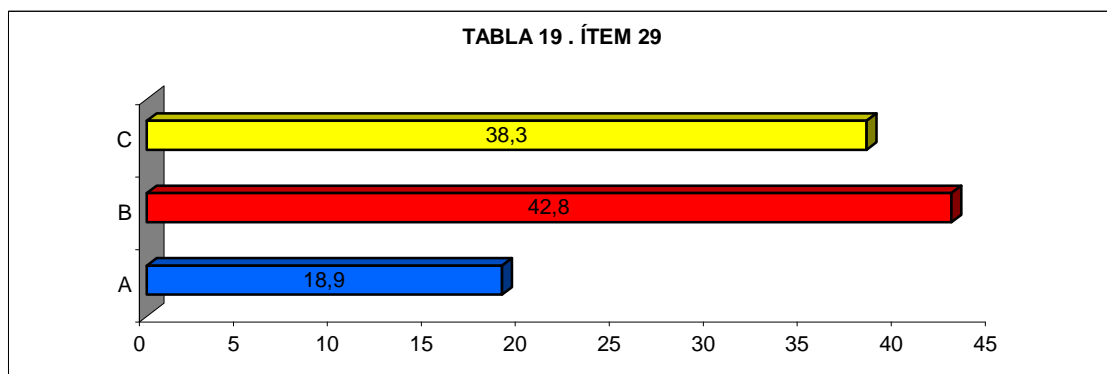
Lo verdaderamente ético es el utilizar los embriones sobrantes de FIVTE con fines terapéuticos en técnicas de clonación. Eso sí que es una obligación ética.



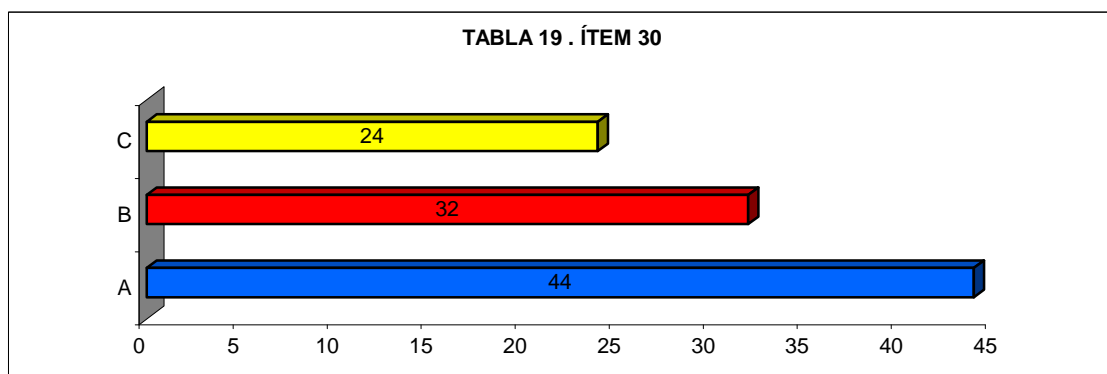
Al experimentar con embriones humanos, se destruyen seres humanos injustificadamente en aras del progreso de la humanidad y de los derechos de la ciencia.



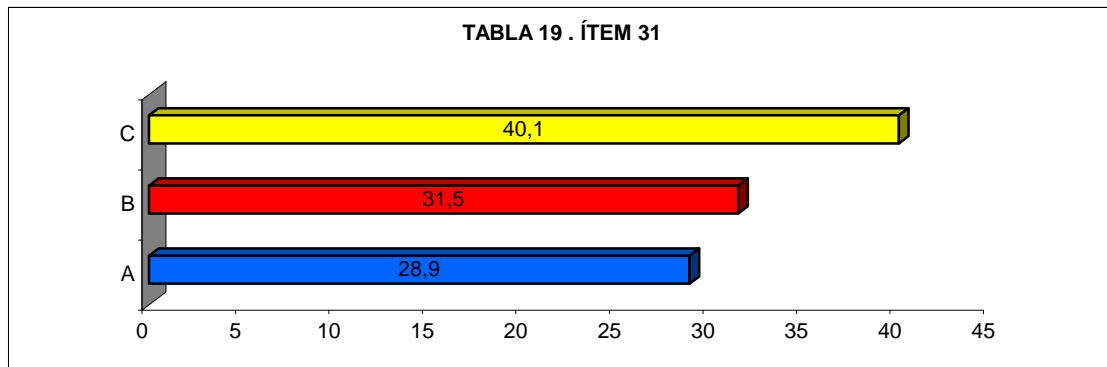
Los embriones humanos deben ser respetados, pero en los primeros estadios no se les debe proteger tanto que no podamos experimentar con ellos.



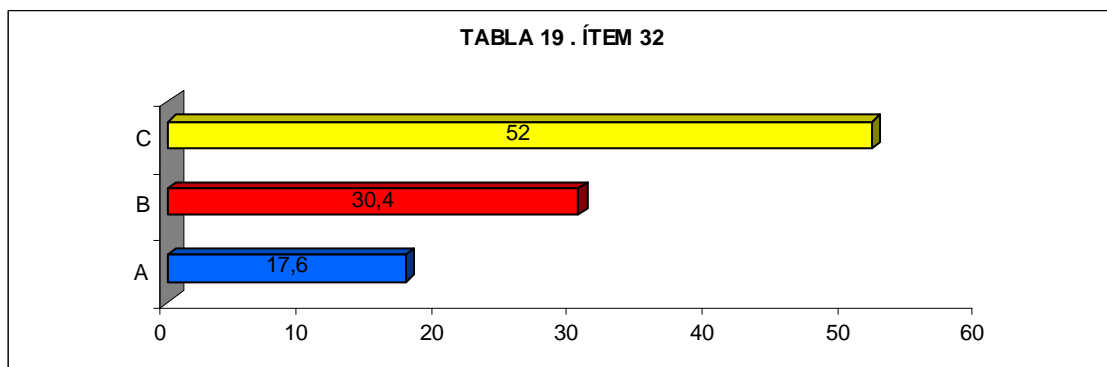
La necesidad de avanzar científicamente y el derecho a la libertad de investigación son mayores que el respeto que hay que dar a un embrión.



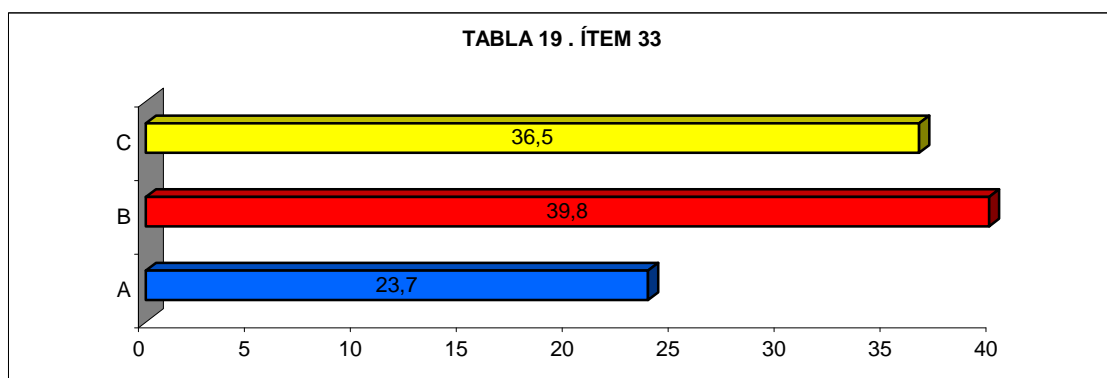
El que crea que un preembrión es una persona humana debe respetar a los que no creen que sea una persona y, como tal, no oponerse radicalmente a la clonación.



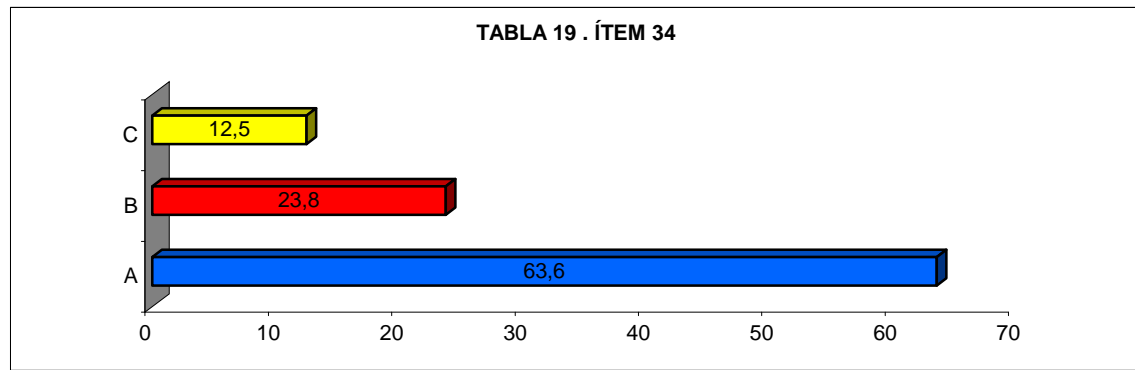
La curación de enfermedades y la promoción de la salud no justifican por sí mismas cualquier técnica, como la clonación.



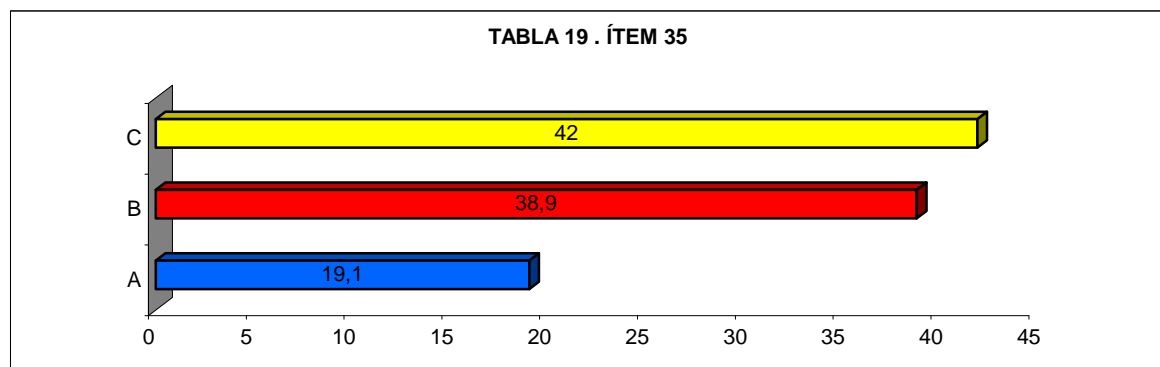
El embrión, el niño de un año, el joven de 20 y el anciano de 90, son acúmulos de más o menos células, pero todos ellos pertenecen a la especie humana y son individuos de la especie humana y todos deben de ser protegidos.



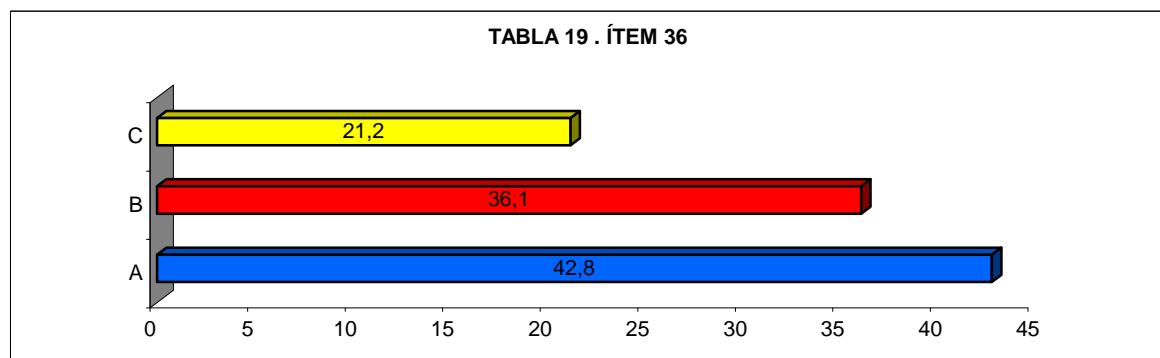
No se debe intervenir en la línea germinal de la especie humana por los daños irreversibles que se podrían originar para la misma, por ello no deben llevarse a cabo prácticas de clonación humana reproductiva.



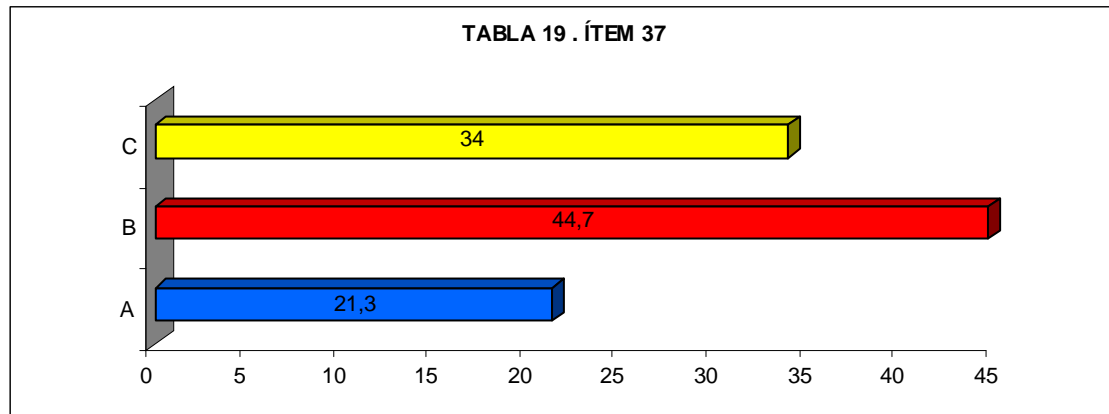
Una cosa es la prudencia ante la clonación y otra la intransigencia, por ello debe regularse legalmente, adaptándose a la realidad, y no meramente prohibirse.



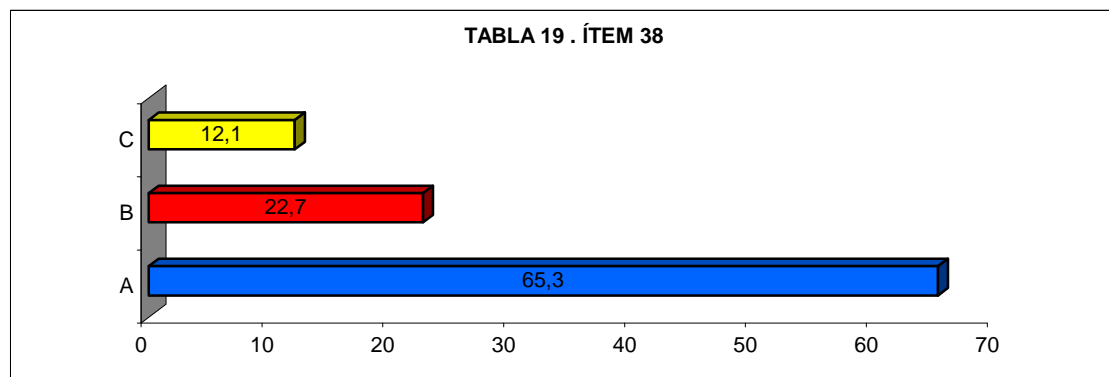
El cigoto, en cuanto célula, es una unidad de vida y al poseer un DNA específicamente humano y el genoma completo de un adulto ya es vida humana desde la concepción y debe ser protegido.



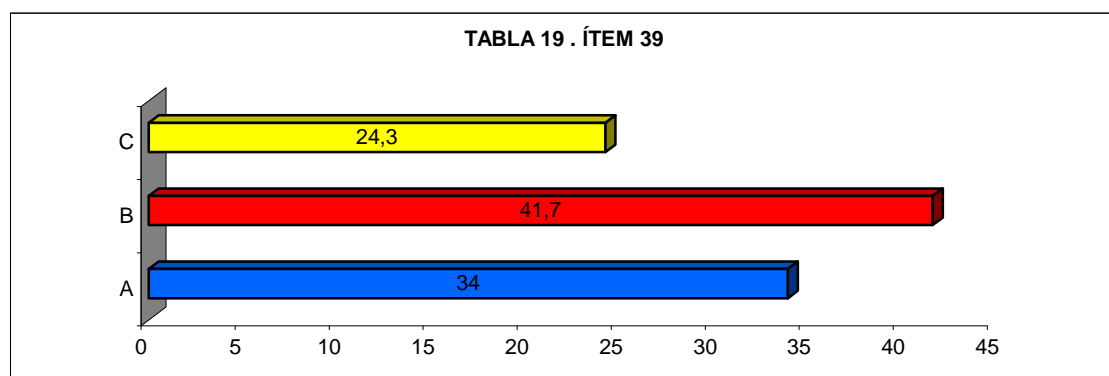
El investigar con embriones humanos debe ser considerado como delito en el código penal no por fanatismo sino en base a los derechos del hombre y por respeto a la vida, por ello debería establecerse una prohibición universal y específica por las Naciones Unidas sobre la clonación de seres humanos en cualquier fase de su formación y desarrollo.



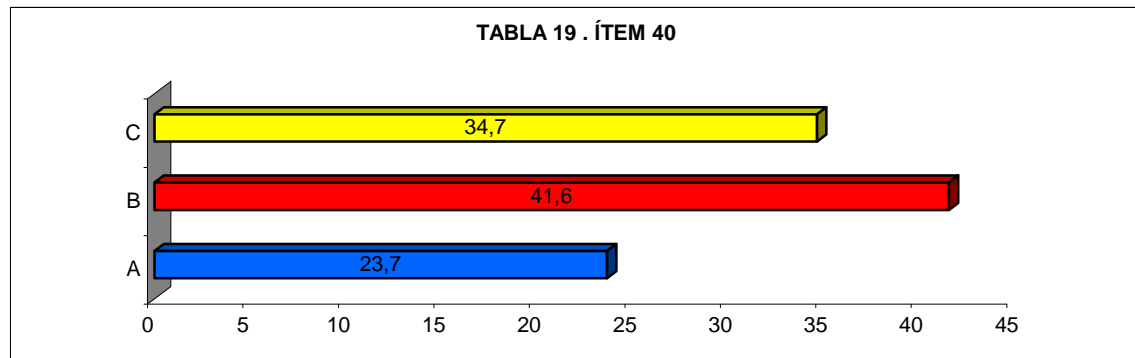
Si el cigoto es un individuo o no es un mero debate filosófico sin transcendencia científica alguna que no debe frenar las investigaciones en clonación.



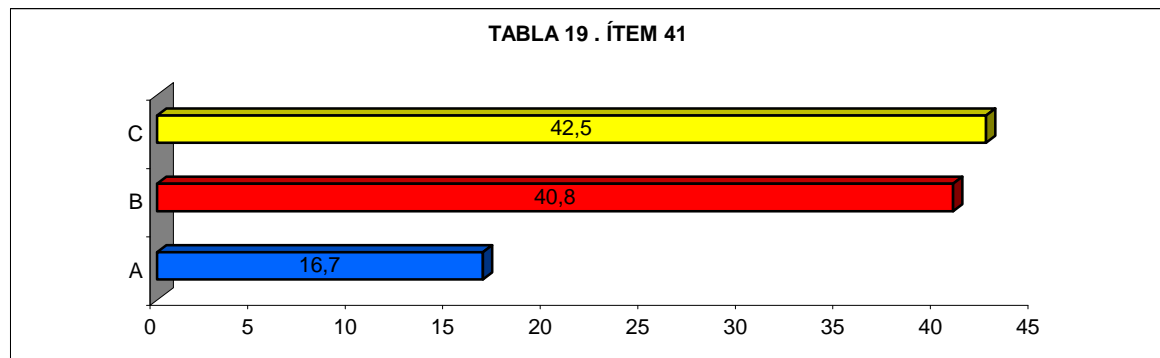
Es contradictorio el condenar la clonación terapéutica en sociedades que toleran el genocidio, la miseria, la guerra e, incluso, la pena de muerte.



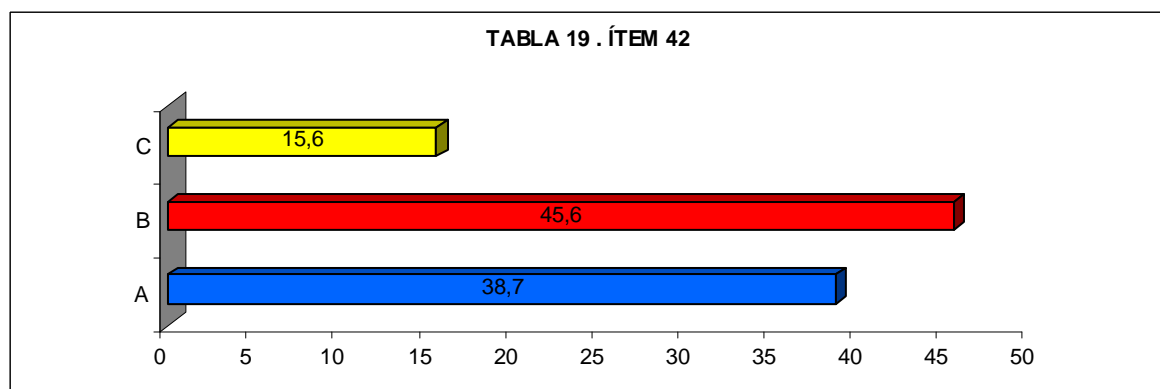
Es absurdo el justificar la clonación porque con ella se podrán curar enfermedades puesto que existen otras formas de curarlas sin recurrir a la clonación de embriones.



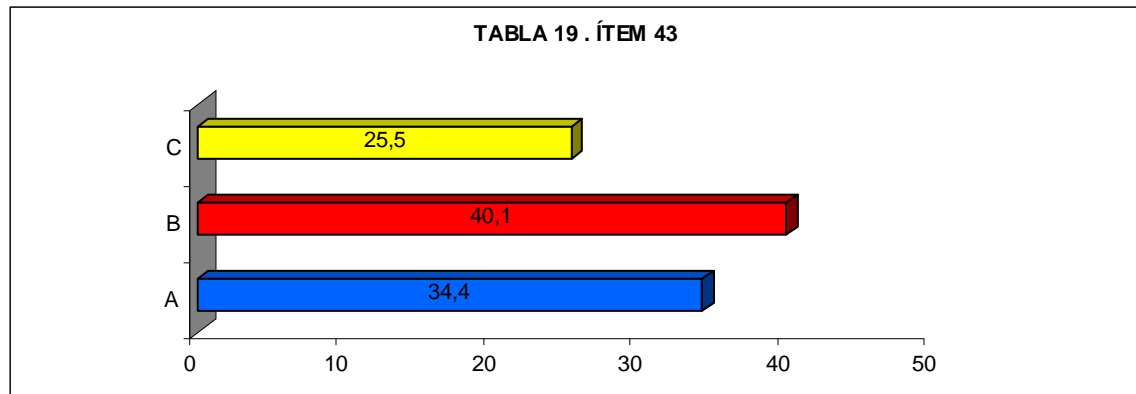
No solo los medios utilizados en las técnicas de clonación -destruir embriones- son indeseables, sino también los fines como la posible producción de seres clónicos inferiores como fuente de trasplantes.



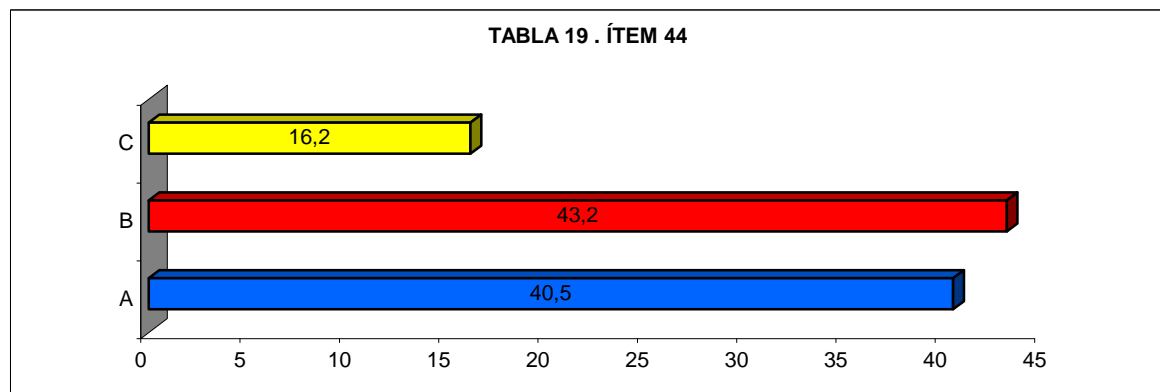
Detrás del interés por pedir que se permita la investigación con embriones y la clonación no solo hay "interés humano" sino razones de vanidad científica, prestigio social o dinero.



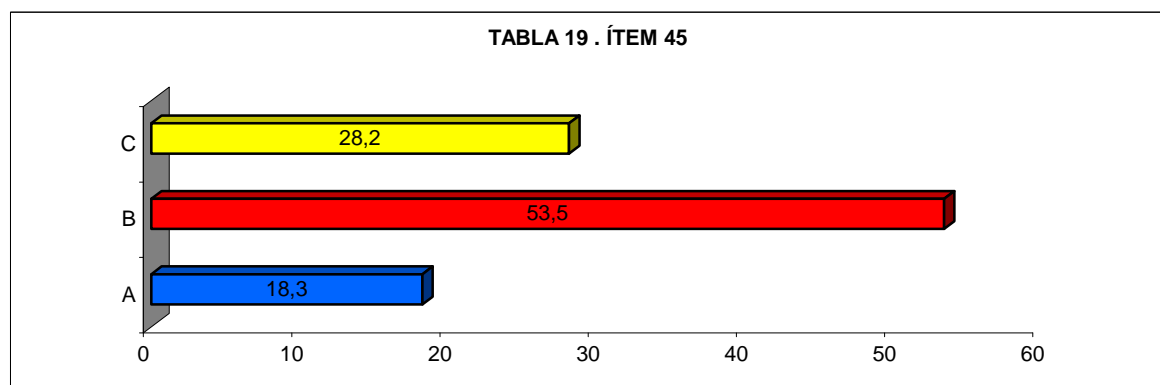
Es menos malo dejar morir a los embriones que explotarlos de forma utilitarista.



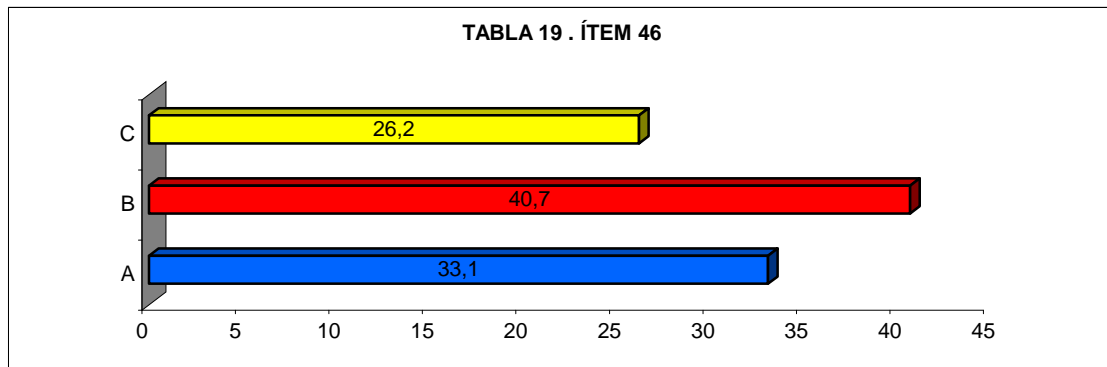
El progreso científico es esencialmente bueno en todos los casos incluso en el caso de la clonación.



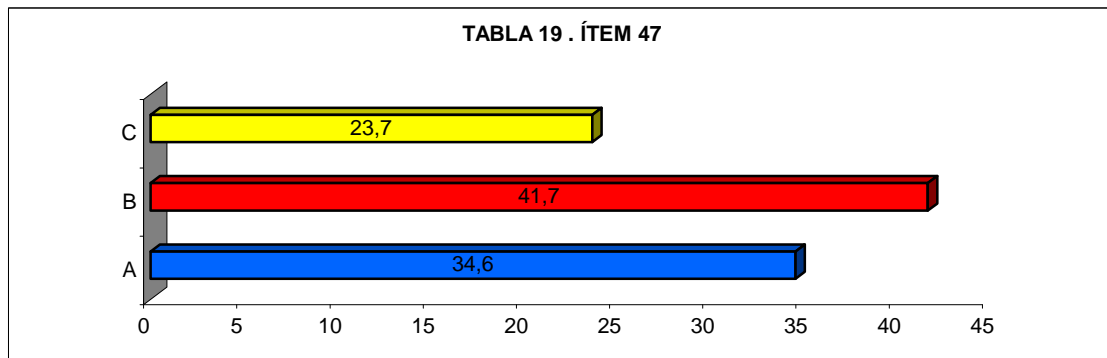
Es legítimo usar embriones en clonación terapéutica bajo el principio moral del mal menor... sobre todo en el caso de embriones sobrantes de Técnicas de Fertilización in Vitro (FIVTE).



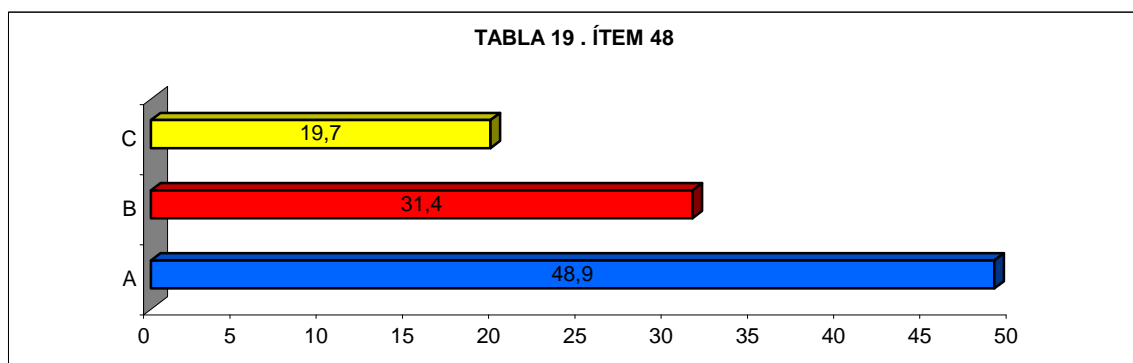
La libertad constitucional a la investigación solo puede constreñirse cuando se lesionen o peligren intereses jurídicos relevantes... y este no es el caso de la clonación.



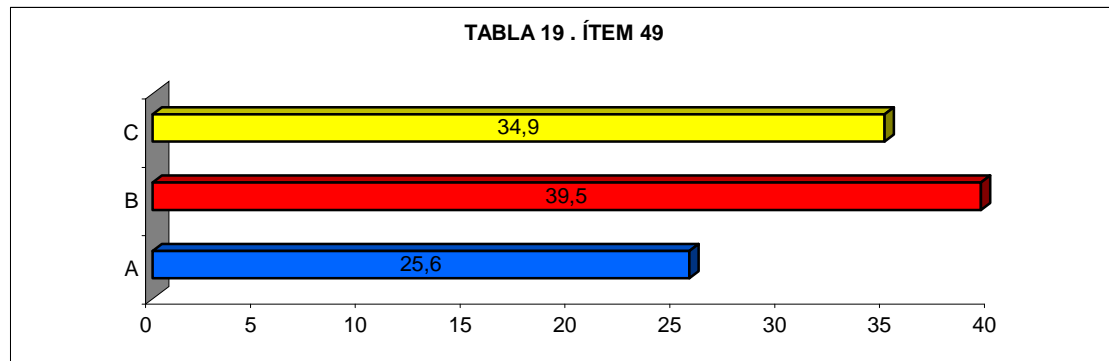
El separar la clonación "terapéutica" de la reproductiva es una estrategia semántica que intenta debilitar el problema moral de la clonación humana puesto que éticamente no existen diferencias entre ambas pues traspasan una frontera infranqueable de normas bioéticas.



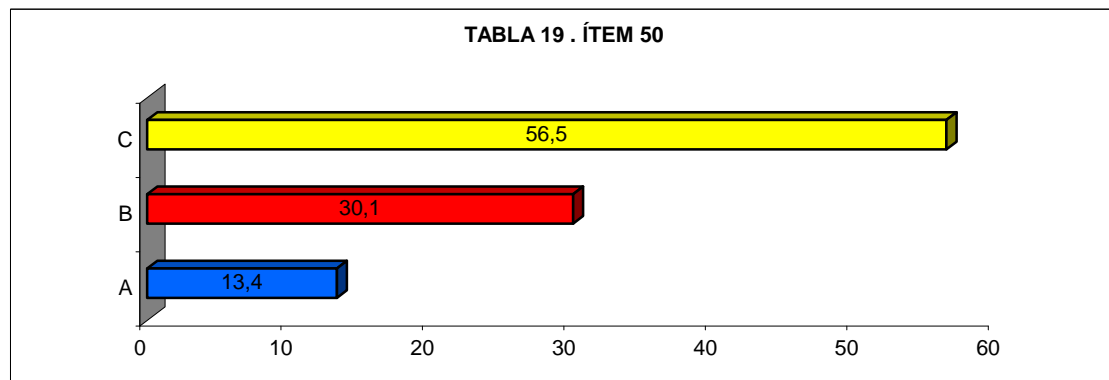
El miedo cuando sea una simple manifestación de un temor irracional, por muy extendido que esté, o las creencias e ideologías, por muy compartidas que sean, no deben limitar el ejercicio de la producción y creación científica en el caso de la clonación.



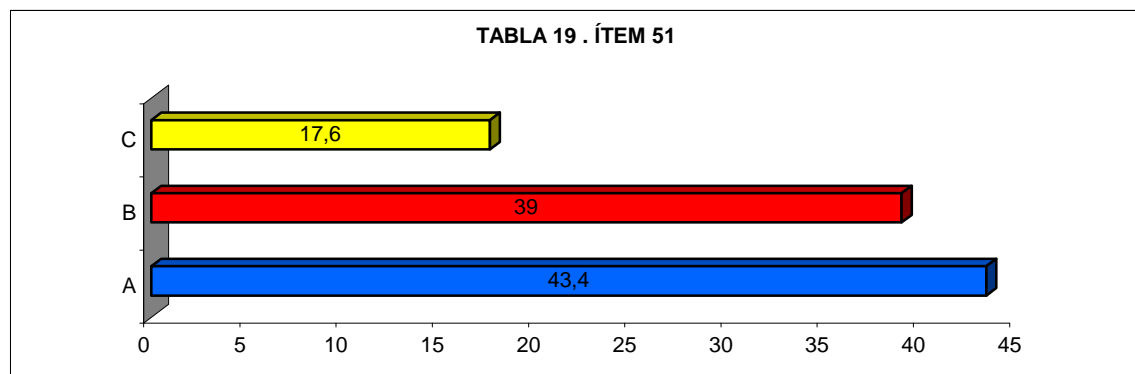
Es absurdo que países como España que tienen permitido el aborto en ciertos casos, polemiquen o prohíban la destrucción de embriones en la clonación terapéutica.



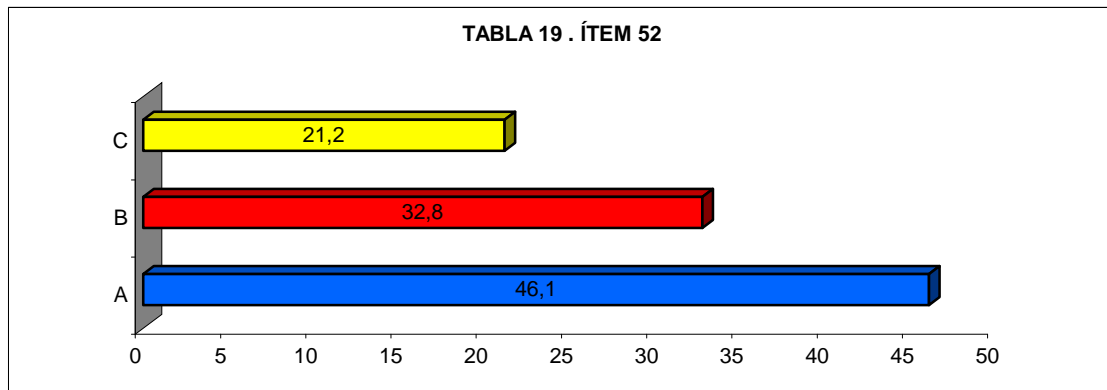
El embrión de menos de 14 días es un preembrión que no es persona y, como tal, carece de derecho a la vida, luego prohibir la clonación terapéutica aquí es absurdo.



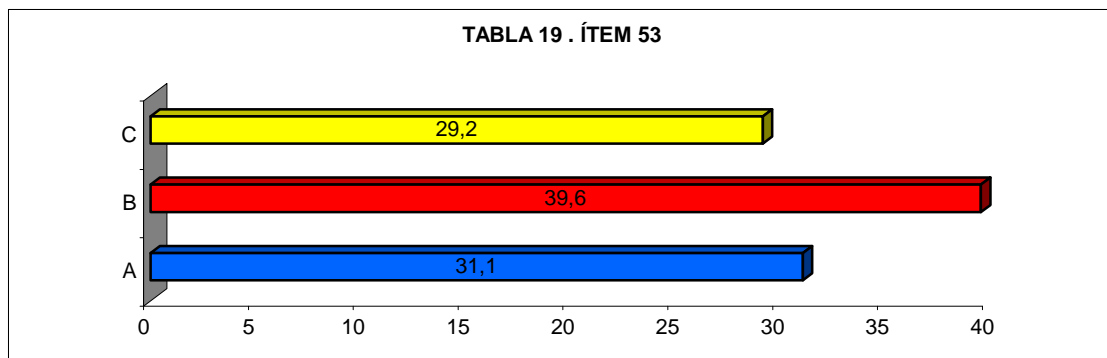
La destrucción de embriones humanos, incluso con fines terapéuticos, plantea serios problemas morales que no son necesariamente de procedencia religiosa o irracional.



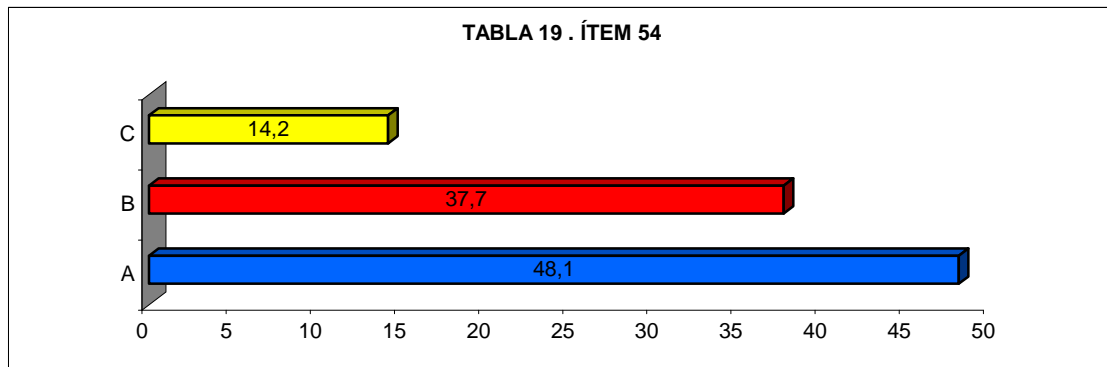
Se debe prohibir la clonación terapéutica, puesto que -una vez implantada- la reproductiva llegará inmediatamente.



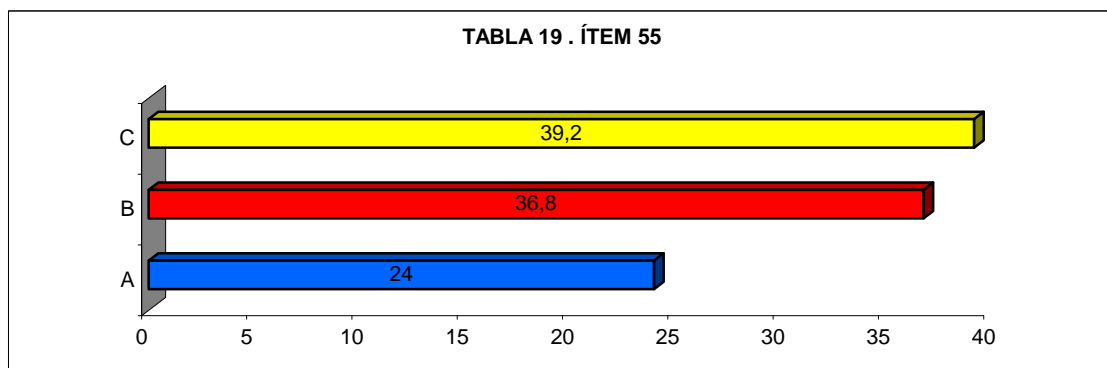
Se deben eliminar las barreras que impidan una investigación libre, ofreciéndose normas y cauces que permitan la investigación en el tema de la clonación terapéutica, al margen de creencias religiosas o éticas que son respetables, pero que no pueden ser intransigentes.



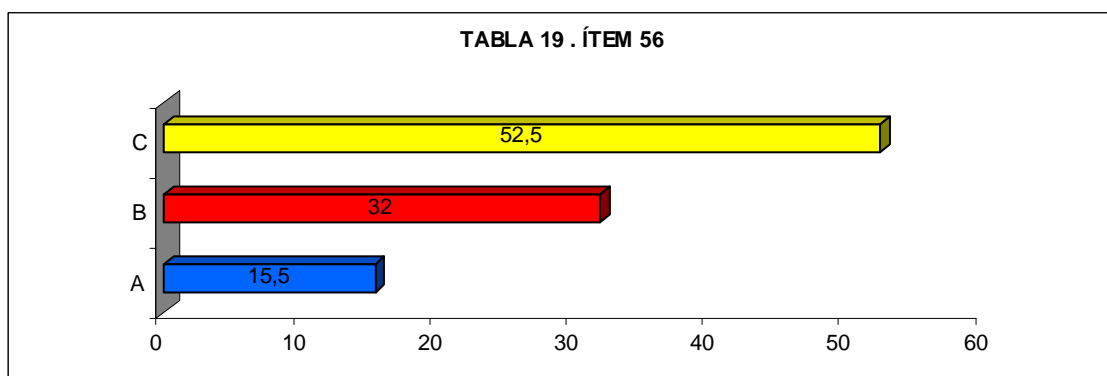
El hablar en la clonación de "preembriones" es un eufemismo, una manipulación de palabras, un calmante de conciencias que pretende enmascarar que es un ser humano y así evitar el problema ético.



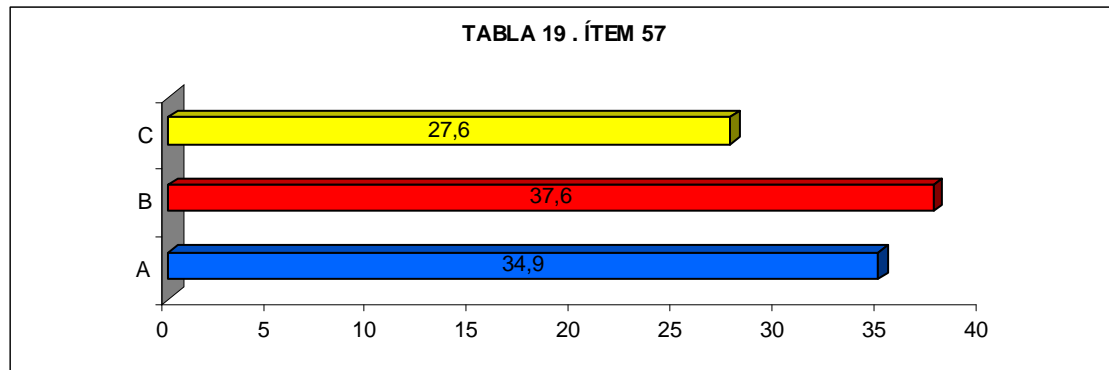
Aún siendo el embrión un ser humano sujeto de derechos es menos malo y aceptable el utilizar los embriones sobrantes de FIVTE con fines terapéuticos que el destruirlos o dejarlos morir inútilmente.



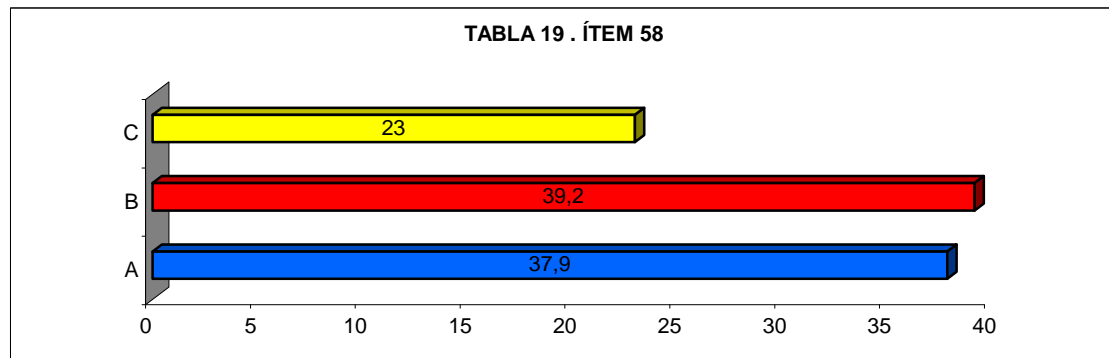
La humanidad no debe renunciar a las inmensas posibilidades de clonación reproductiva por el temor irracional a que se hagan realidad las peores pesadillas.



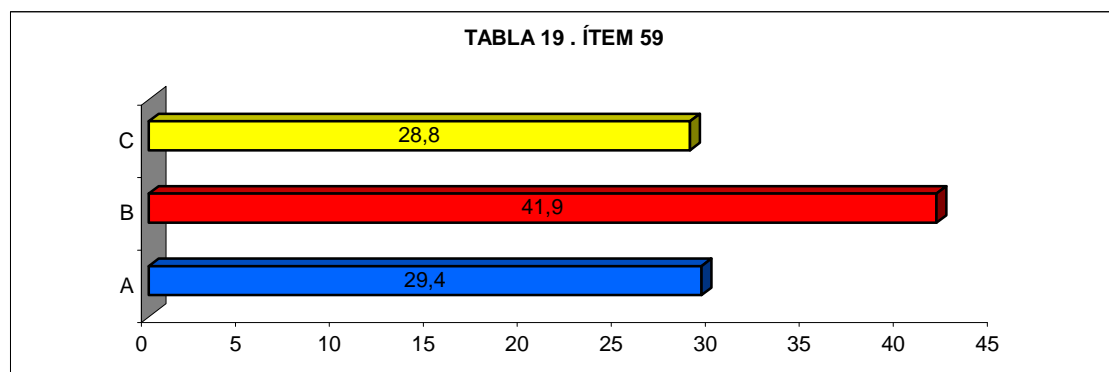
Quienes quieren prohibir la clonación por sus consecuencias indeseables son ayatolás o religiosos fanáticos que pretenden paralizar el avance científico.



Es hipócrita el oponerse a la clonación reproductiva humana y no a la terapéutica; la "terapéutica" es tan clonación como la otra y destruye igual a los embriones, de hecho el diferenciar clonación terapéutica y reproductiva es una mera artimaña semántica y legislativa para calmar conciencias.



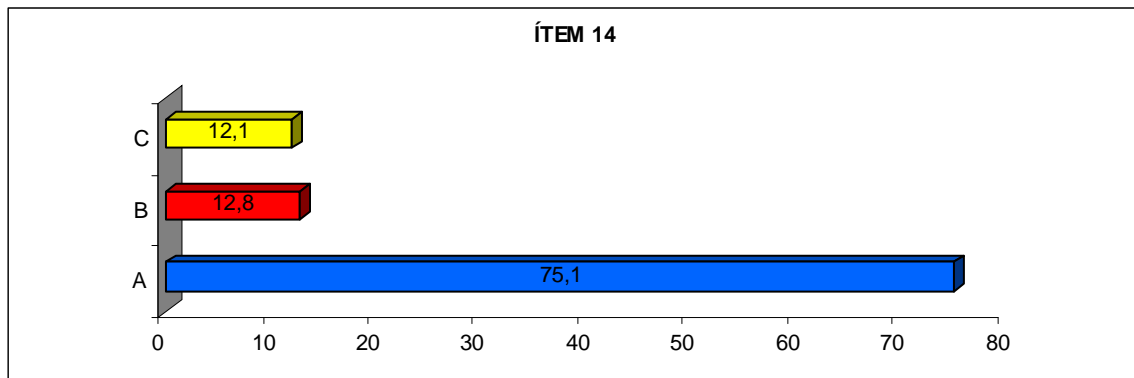
La utilización del embrión humano en clonación supone una verdadera veterinización del embrión que atenta contra la dignidad humana.



No es ético el crear y luego destruir un embrión humano una vez obtenidas las células madre, por muy loables fines que se persigan con la clonación.

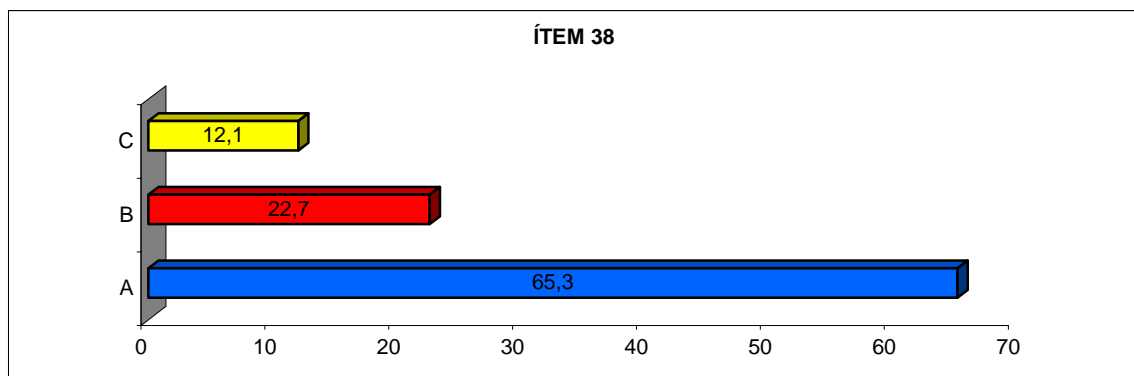
Dicho y visto ésto, presentamos los ítems que, como hemos comentado, han obtenido los resultados más diferenciados, agrupados en tres bloques: A) Los que han obtenido en alguna opción mayoría absoluta (esto es, más del 50,0 %), B) Aquellos que han rozado esta mayoría absoluta y, C) Los que, por el contrario, han obtenido en alguna opción un 20,0 % o menos de sujetos, sin obtener mayoría ninguna otra opción.

A) * Aquí destaca, en primer lugar, el ítem 14 (ver el texto junto con el gráfico) habiendo obtenido la opción A (es decir están de acuerdo con lo que se dice -tal vez en una reducción al absurdo-) el 75,1 % de los sujetos.



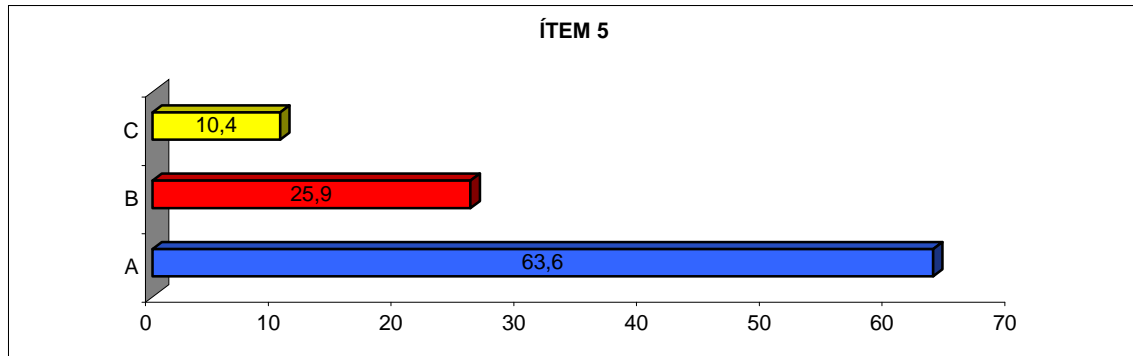
Si el embrión humano no es persona porque no es un ser humano con razonamiento, tampoco lo son los dementes, ni los retrasados mentales, luego si se puede manipular y destruir a los embriones también se puede hacer lo mismo con los dementes y retrasados mentales.

* A continuación tenemos el ítem 38 (ver el texto junto con el gráfico) con el que el 65,3 % de los sujetos están de acuerdo.

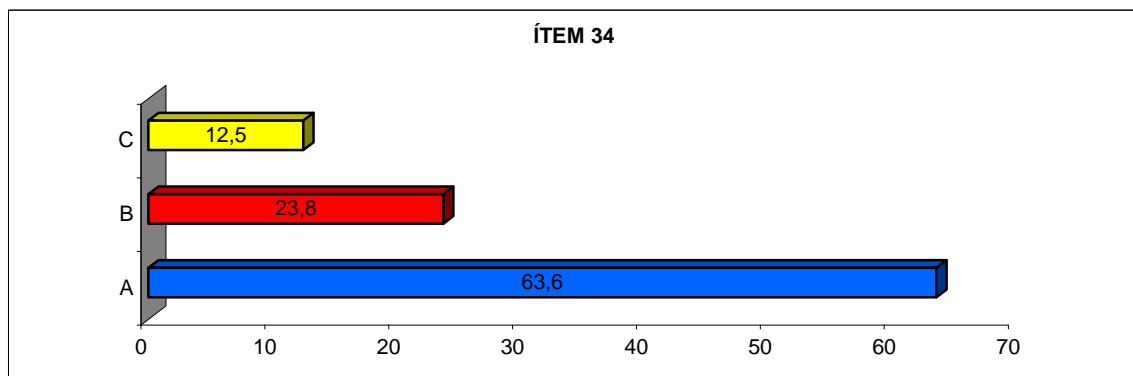


Es contradictorio el condenar la clonación terapéutica en sociedades que toleran el genocidio, la miseria, la guerra e, incluso, la pena de muerte.

* Posteriormente tenemos dos ítems: el 5 (ver el texto junto con el gráfico) en el que un 63,6 % está de acuerdo con lo dicho; y el 34 (ver el texto junto con el gráfico) con el que está de acuerdo también el 63,6 % de los sujetos.

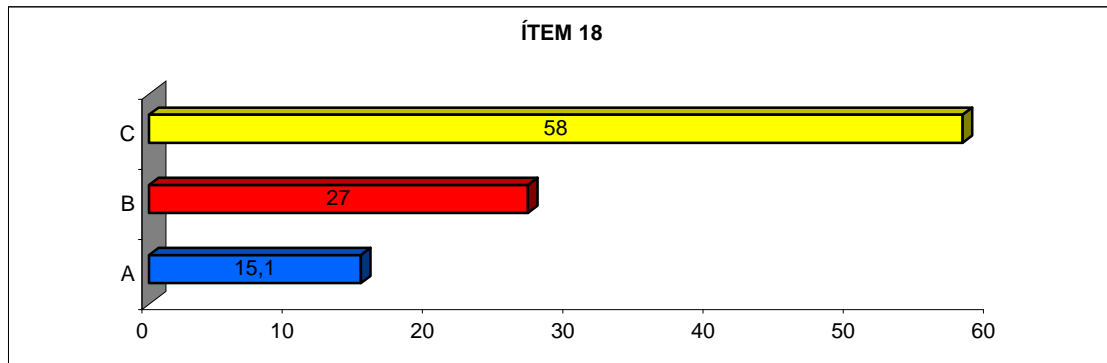


Nos guste o no, existen embriones sobrantes de las Técnicas de Fertilización in Vitro por trasplante de Embriones (FIVTE) congelados, luego parece absurdo no utilizarlos para investigaciones dirigidas a poder curar enfermedades, puesto que es más digna y humana la utilización de los embriones sobrantes que su destrucción.



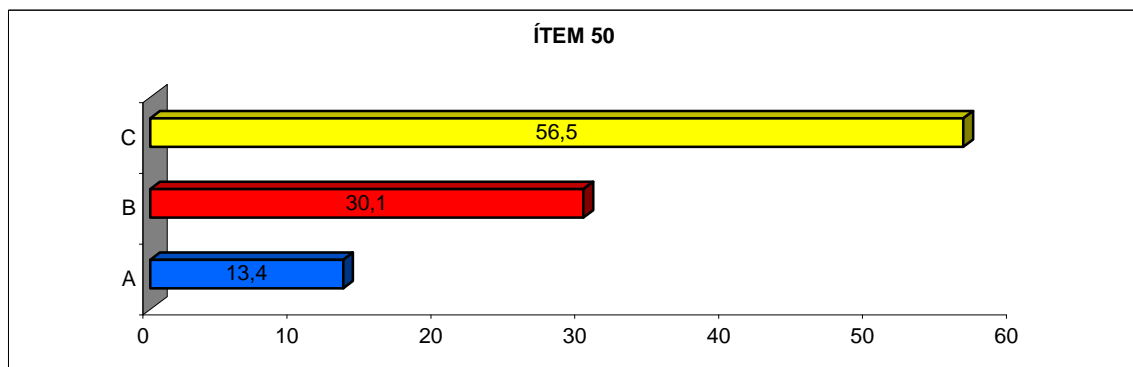
Una cosa es la prudencia ante la clonación y otra la intransigencia, por ello debe regularse legalmente, adaptándose a la realidad, y no meramente prohibirse.

* Tras ellos aparece el ítem 18 (ver el texto junto con el gráfico), estando en desacuerdo con la clonación reproductiva el 58,0 % de los sujetos.



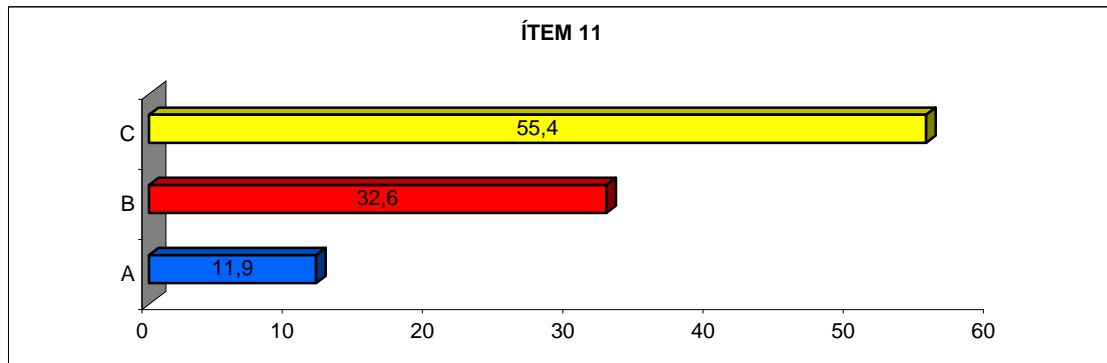
La clonación reproductiva no debe prohibirse puesto que puede ofrecer bienes indudables como aminorar los efectos psicológicos de la pérdida de un ser querido o producir seres de un alto nivel intelectual.

* Después aparece el ítem 50 (ver el texto junto con el gráfico) con el que está en desacuerdo el 56,5 % de los sujetos.



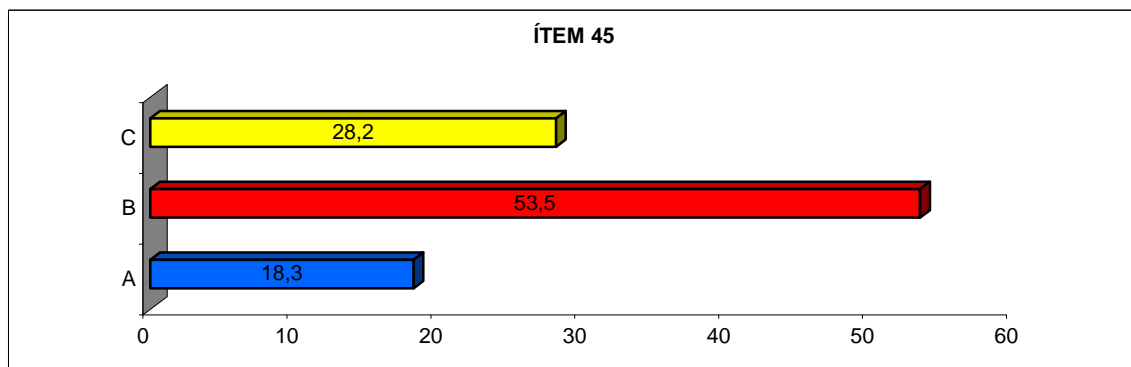
La destrucción de embriones humanos, incluso con fines terapéuticos, plantea serios problemas morales que no son necesariamente de procedencia religiosa o irracional.

* Le sigue de cerca el ítem 11 (ver el texto junto con el gráfico) en el que también un 55,4 % se opone.



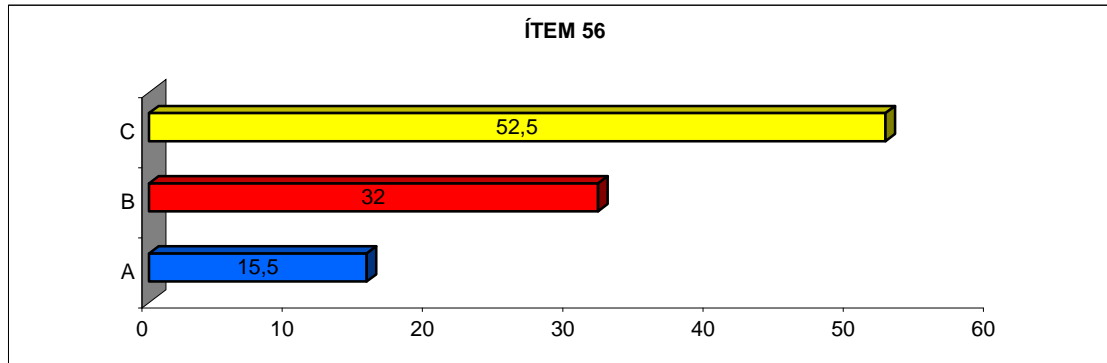
Mediante la clonación reproductiva se vence a la muerte y el miedo a la misma por la reproducción continua de un descendiente idéntico, por ello no debe prohibirse.

* También le sigue el ítem 45 (ver el texto junto con el gráfico) que ha resultado ser el único en el que la indecisión (respuesta B) ha sido la opción más aglutinante, con un 53,5 % de los sujetos.



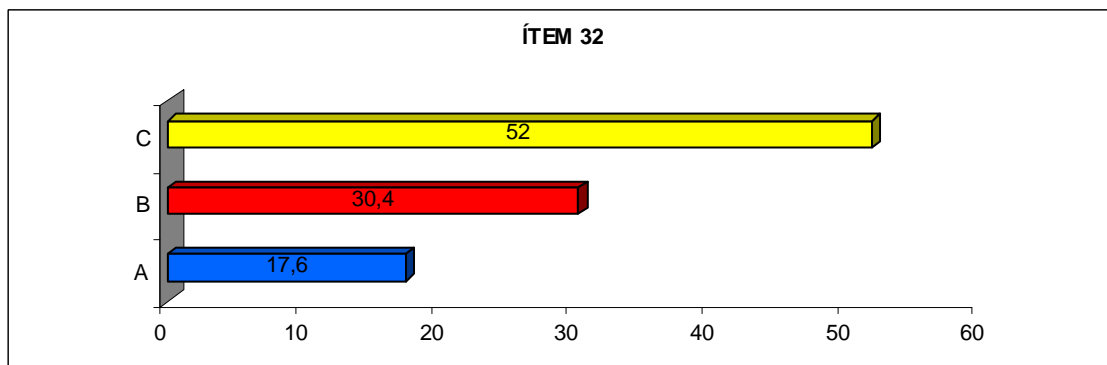
La libertad constitucional a la investigación solo puede constreñirse cuando se lesionen o peligren intereses jurídicos relevantes... y este no es el caso de la clonación.

* Muy cerca está el ítem 56 (ver el texto junto con el gráfico) en el que el 52,5 % de los sujetos entienden que el querer prohibir la clonación no es simplemente fruto de fanatismos religiosos.



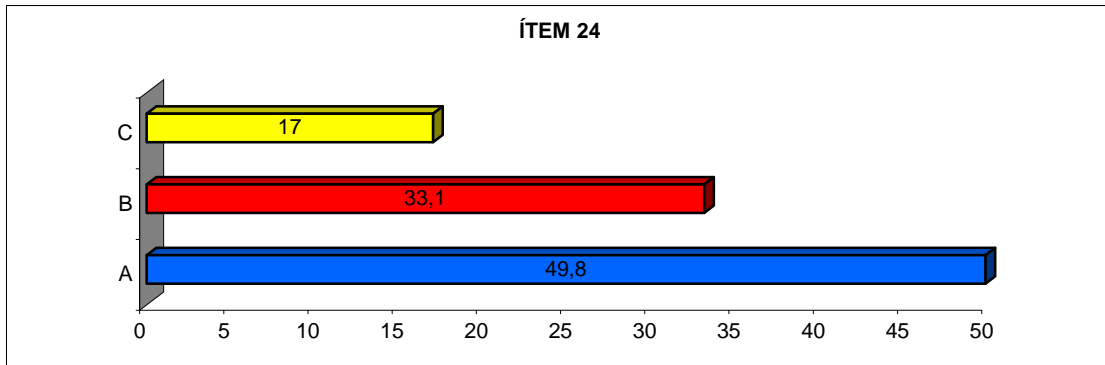
Quienes quieren prohibir la clonación por sus consecuencias indeseables son ayatolás o religiosos fanáticos que pretenden paralizar el avance científico.

* Por último, destaca el ítem 32 (ver el texto junto con el gráfico) en el que el 52,0% de los sujetos se opone a lo dicho.



El embrión, el niño de un año, el joven de 20 y el anciano de 90, son acúmulos de más o menos células, pero todos ellos pertenecen a la especie humana y son individuos de la especie humana y todos deben de ser protegidos.

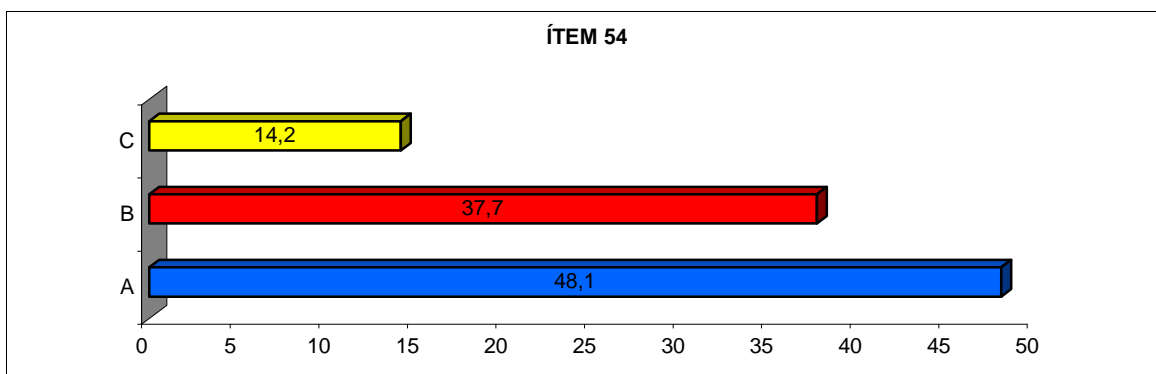
B) * Rozando la mayoría absoluta en una opción tan solo tenemos el ítem 24 (ver el texto junto con el gráfico) en el que un 49,8 % de los sujetos está a favor de lo expresado en él.



Se debe permitir la clonación terapéutica puesto que salvará vidas humanas y mejorará la sociedad.

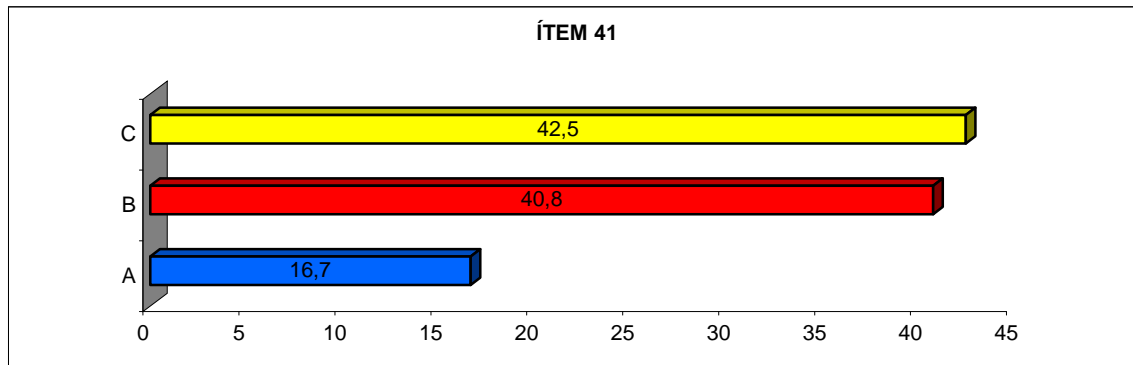
C) En el otro extremo se han decantado por alguna opción un 20,0 % o menos de los sujetos analizados, no habiendo obtenido mayoría absoluta ninguno de los otros, los ítems siguientes:

* El ítem 54 (ver el texto junto con el gráfico) en el que tan solo un 14,2 % de los sujetos se opone a lo dicho en él.



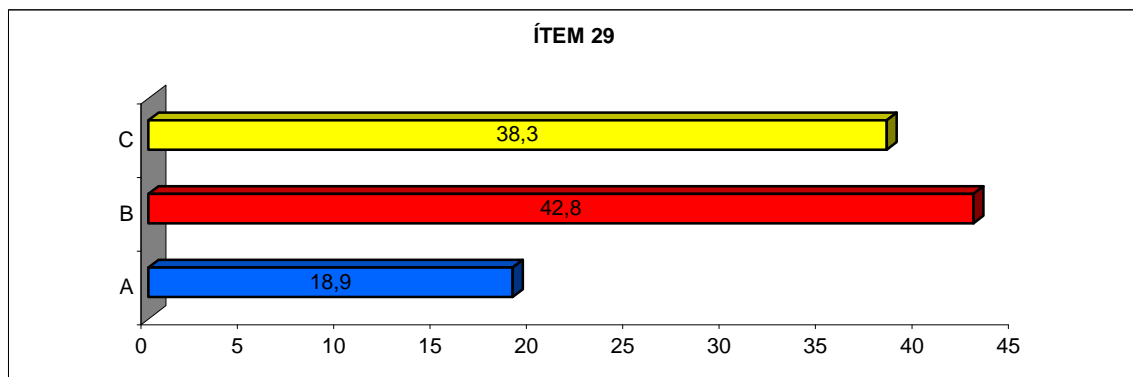
Aún siendo el embrión un ser humano sujeto de derechos es menos malo y aceptable el utilizar los embriones sobrantes de FIVTE con fines terapéuticos que el destruirlos o dejarlos morir inútilmente.

* Le sigue el ítem 41 (ver el texto junto con el gráfico) en el que tan solo el 16,7 % está de acuerdo con él.



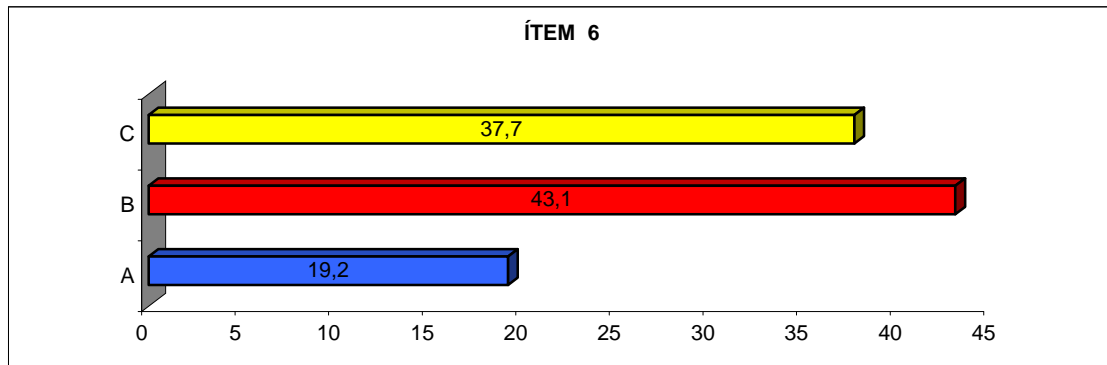
Detrás del interés por pedir que se permita la investigación con embriones y la clonación no solo hay "interés humano" sino razones de vanidad científica, prestigio social o dinero.

* Tras él, aparece el ítem 29 (ver el texto junto con el gráfico) en el que solo un 18,9 % de los sujetos está de acuerdo con que el derecho a la libertad de investigación etc, sea mayor que el respeto que debemos darle a un embrión.



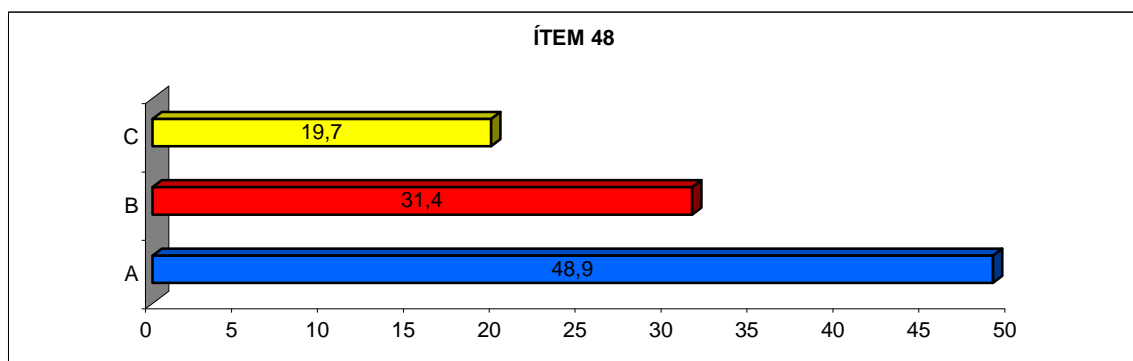
La necesidad de avanzar científicamente y el derecho a la libertad de investigación son mayores que el respeto que hay que dar a un embrión.

* A continuación tenemos el ítem 6 (ver el texto junto con el gráfico) en que apenas un 19,2 % considera que es correcto o cierto lo que en él se dice.



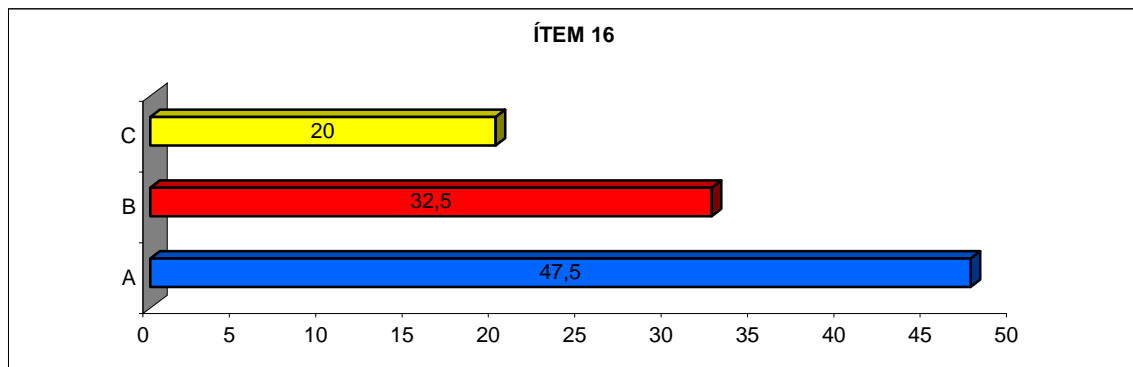
Solo son personas quienes dan muestras de ser seres racionales y actúan racionalmente como sujetos humanos; el embrión evidentemente no es una persona y, por tanto, no es sujeto de derechos y debe poder utilizarse en investigación en clonación.

* A poca distancia aparece el ítem 48 (ver el texto junto con el gráfico) en el que tan solo el 19,7 % de los sujetos se oponen a lo dicho en él.



Es absurdo que países como España que tienen permitido el aborto en ciertos casos, polemiquen o prohíban la destrucción de embriones en la clonación terapéutica.

* Por último, en el ítem 16 (ver el texto junto con el gráfico) solo un 20,0 % está en contra de lo que en él se dice.



En el juicio moral de la clonación no debemos olvidar la perspectiva histórica, recordemos como fueron juzgadas también como perversas las ideas de Copérnico, Galileo, Darwin o Einstein y hoy se han aceptado.

6.3.2.- FACTORES O SUBESCALAS DE LA ESCALA C

(Tablas 20 a 31 inclusives)

A continuación, abordaremos el análisis de los 11 FACTORES o SUBESCALAS que componen, como vimos en 4.3.5.2, la Escala C; cotejándolos con los resultados obtenidos en la Escala C en general (que se recogen en las tablas 18 y 34) e ilustrando los resultados con los gráficos pertinentes.

6.3.2.1.- Escala C completa

En contra: 126 18,78 %

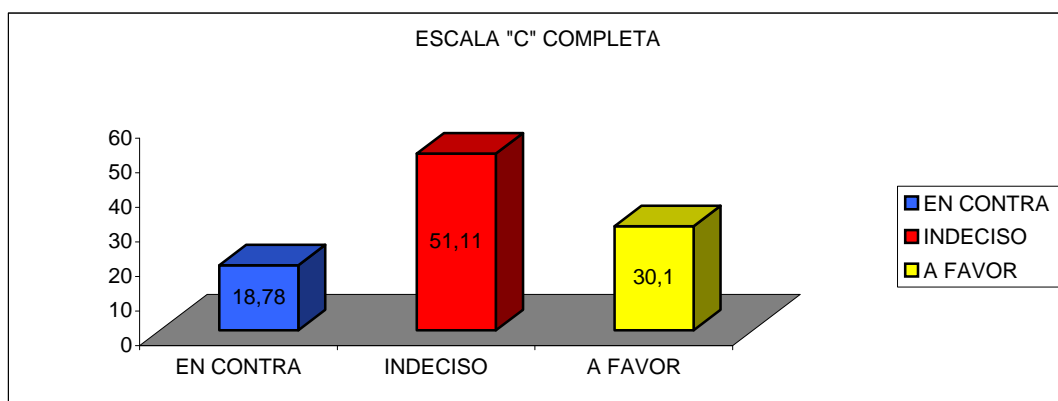
Indecisos: 343 51,11 %

A favor: 202 30,10 %

\bar{X} : 115,18; σx : 24,81

(Tabla 20)

Como vemos en los datos y en el gráfico, la mayoría absoluta de los sujetos (51,11 %) se encuentran indecisos, de forma global, a la hora de estar a favor o no de la clonación, incluso la terapéutica, en general; estando casi a favor apenas una tercera parte (30,10 %); aquí debemos recordar una vez más que son sujetos representativos de una población universitaria y sanitaria.



Esto, al margen de nuestro parecer, ha de tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones al respecto de tipo legal o político pues, nos guste o no, es la opinión mayoritaria y no está basada en meros "frenos artificiales del ámbito de la conciencia personal que se imponen para frenar el progreso" como ha llegado a decir -recientemente- el propio presidente del gobierno español, Sr. Rodríguez Zapatero ⁽¹²⁴⁾.

Pero estos datos -indecisión generalizada y tan sólo una minoría a favor de la clonación- no son solo propios del sector sanitario si no que son los habituales y generalizados en España, pues -como vimos en el punto 6.2.3- en la encuesta realizada por la revista "Mujer Hoy" ⁽¹²⁵⁾ veíamos como la indecisión al respecto era la tónica y, de igual modo, en una más rigurosa investigación del CIS ⁽¹²⁶⁾, en 2001, veíamos como la mayoría absoluta de los entrevistados (el 70,2 % de 2492 sujetos) indicaba que se debería impedir la investigación sobre la clonación, añadiendo -en la pregunta 13 de la misma investigación ⁽¹²⁷⁾- que el 63,7 % de los sujetos analizados manifestaban su desacuerdo "con la aplicación de la Ingeniería Genética en los embriones humanos", estando a favor de ello tan solo el 13,3 %.

Esta indecisión e, incluso, rechazo es también la tónica dominante en Europa como vimos en los trabajos de la Fundación del BBVA ⁽¹²⁸⁻¹²⁹⁾ exigiéndose -además- desde la mayoría de los países europeos (todos salvo Polonia) "un marco regulador común de la investigación con embriones en toda la Unión Europea". (De hecho, como ya vimos, en el punto 2.2, recientemente, en 2005, el Parlamento Europeo ha votado por mayoría una resolución en contra de todo tipo de clonación humana).

6.3.2.2.- Factor (Subescala) 1

En contra:	172	25,6 %		
Indecisos:	341	50,8 %	\bar{X} : 30,45;	σx : 7,67
A favor:	158	23,5 %		

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

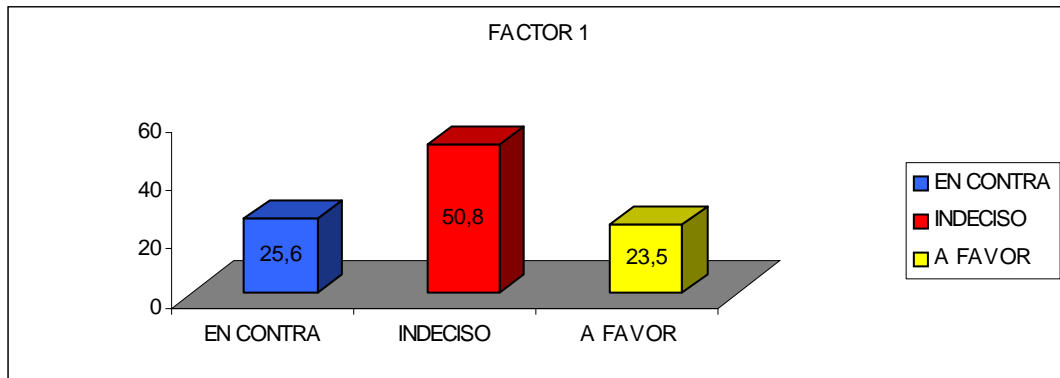
36-45 En contra

25-35 Indecisión

15-24 A favor

(Tablas 20 y 21)

En este Factor se aborda uno de los aspectos bioéticos más controvertidos en torno a la clonación: El del COMIENZO DE LA VIDA HUMANA, SI ES O NO UNA PERSONA EL EMBRIÓN HUMANO y el propio concepto de PREEMBRIÓN ⁽¹³⁰⁻¹⁴⁷⁾ como vimos en 2.2.3.



En los primeros estadios el embrión no es un ser humano (lo cual correlaciona con el concepto de "preembrión"), luego no es persona, ni sujeto de derechos.

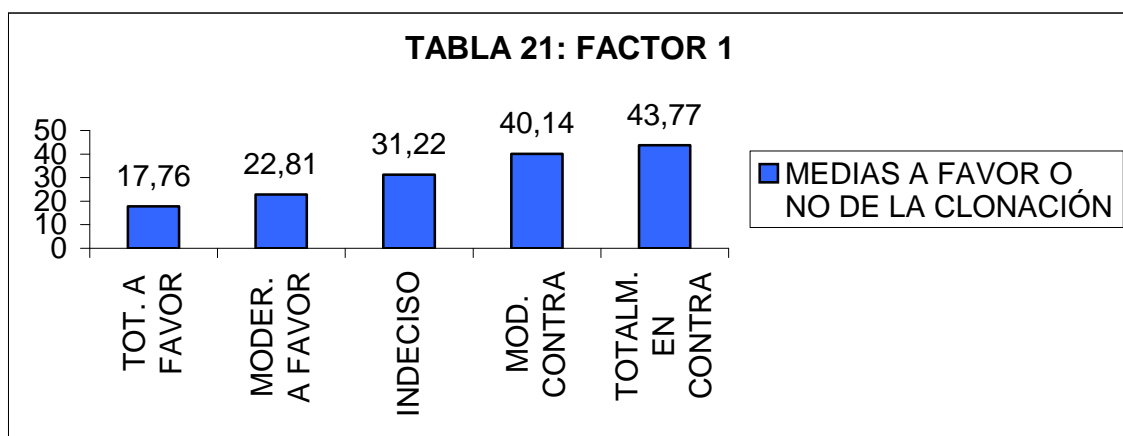
Como indican los datos y el gráfico, la mayoría absoluta de la población universitaria (50,8 %) se encuentra indecisa sobre si el embrión, en los primeros estadios, es un ser humano o no, con estatuto completo de persona y sujeto de derechos; no estando claro, ni siendo preciso, o adecuado para ellos, pues, el concepto de preembrión... es más, sobrepasan los que sí afirman que es un ser humano y persona (25,6 %) a los que creen que no lo es (23,5 %).

La media general del Factor/Subescala (30,45 %) indica que la tendencia central más general es la indecisión; no obstante ello, por subgrupos o estratos, vemos que:

A medida que aumenta el NIVEL ACADÉMICO se piensa con mayor énfasis y en mayor proporción que el embrión, en sus primeros estadios, es un ser humano, persona y con todos sus derechos; curiosamente esto se piensa más en los HOSPITALES (personal sanitario), siendo en la Facultad de Filosofía y Letras donde, en mayor medida, se considera que el embrión, en sus primeros estadios, no es un ser humano; lo cual se corrobora a la hora de constatar las diferencias al respecto entre el P.S. y el No Sanitario.

La indecisión es la tónica incluso entre los que admiten TENER CONOCIMIENTOS ADECUADOS O SUFICIENTES acerca de la clonación; aunque éstos tienden -dentro de esta indecisión- a estar más de acuerdo con que no es persona, ni ser humano, que los que no admiten tales conocimientos; esta indecisión como tónica alcanza también a los creyentes en general, aunque tienden a considerar que sí es persona en mayor medida que los no creyentes, y -dentro del subgrupo de los creyentes- los MUY CREYENTES y los NORMALMENTE PRACTICANTES niegan y se oponen sin reservas a que el embrión inicial no sea un ser humano y una persona (de hecho, en ambos subgrupos, la media -36,12 y 36,26, respectivamente- se ubica en el intervalo de "en contra").

Como era de esperar, y esto es un claro fiel de la validez, fiabilidad y sensibilidad de la Escala C ⁽¹⁴⁸⁻¹⁴⁹⁾, a medida que se está más a favor de la clonación -como indica el gráfico- se piensa más que el embrión en sus primeros estadios no es ni ser humano, ni persona, ni sujeto de derechos (llegando a alcanzar los TOTALMENTE A FAVOR de la clonación una media del 17,76 -casi en el extremo del intervalo-); mientras que en el otro extremo, los que están TOTALMENTE EN CONTRA, afirman con rotundidad que el embrión inicial es una persona, un ser humano y un sujeto de derechos (con una media del 43,77 -en el extremo del otro intervalo-). Como vemos, son posturas casi irreconciliables y de difícil consenso.



Por último, tenemos que destacar que la indecisión, también, es el factor común entre los MUY PREJUDICIOSOS (media de 35), siendo incluso entre los BASTANTE PREJUDICIOSOS más quienes creen que no es persona que entre los levemente prejuiciosos (29,23 vs. 31,16), por lo que el dato destierra el tópico y el estereotipo -como vimos también en 6.2.1- de que estar en contra del concepto de preembrión y a favor de que el embrión desde sus inicios es un ser humano es propio de fanáticos (ayatolás) y de prejuiciosos retrógrados ⁽¹⁵⁰⁻¹⁵²⁾. El dato es bien elocuente: tal opción sí correlaciona con ser creyente y practicante, pero no con ser prejuicioso o fanático; pudiendo ser -incluso- a veces más prejuiciosos o fanáticos quienes se oponen a que el embrión sea persona; estas reservas morales también son la tónica en toda Europa, siendo incluso España uno de los países que la presenta en menor medida ⁽¹⁵³⁾ -aunque también le otorga condición moral al embrión-; solo en Dinamarca y en Reino Unido se opta, por una mayoría relativa, que "el embrión de unos pocos días es un conjunto de células sin condición moral" ⁽¹⁵⁴⁾; mientras tanto, en los EEUU según la citada encuesta de Stop Human Cloning, la mayoría absoluta de

los ciudadanos también presenta reservas morales y le otorga condición moral de persona al embrión ⁽¹⁵⁵⁾.

6.3.2.3.- Factor (Subescala) 2

En contra: 127 18,9 %

Indecisos: 346 51,6 %

A favor: 198 29,5 %

\bar{X} : 11,55 σx : 3,15

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

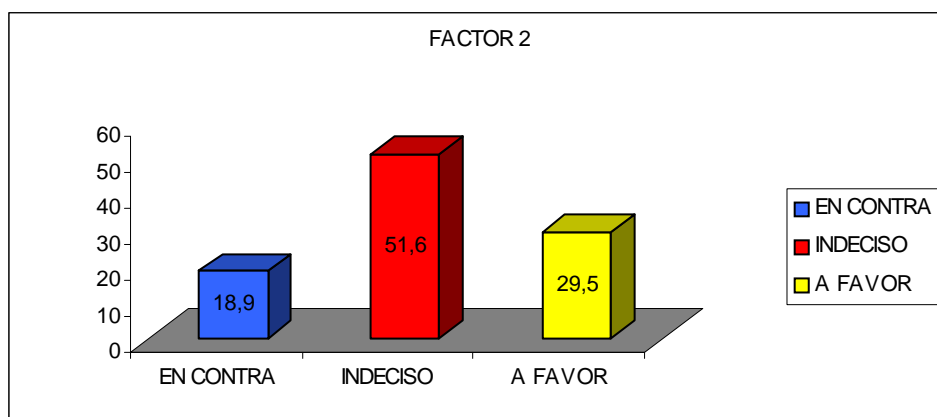
15-18 En contra

10-14 Indecisión

6-9 A favor

(Tablas 20 y 22)

En este Factor de la Escala C se analiza el conocido como "Principio de la libertad absoluta de la ciencia y de la experimentación"; esto es, si el avance científico está por encima de todo -cientifismo absoluto- o no ⁽¹⁵⁶⁻¹⁶²⁾.



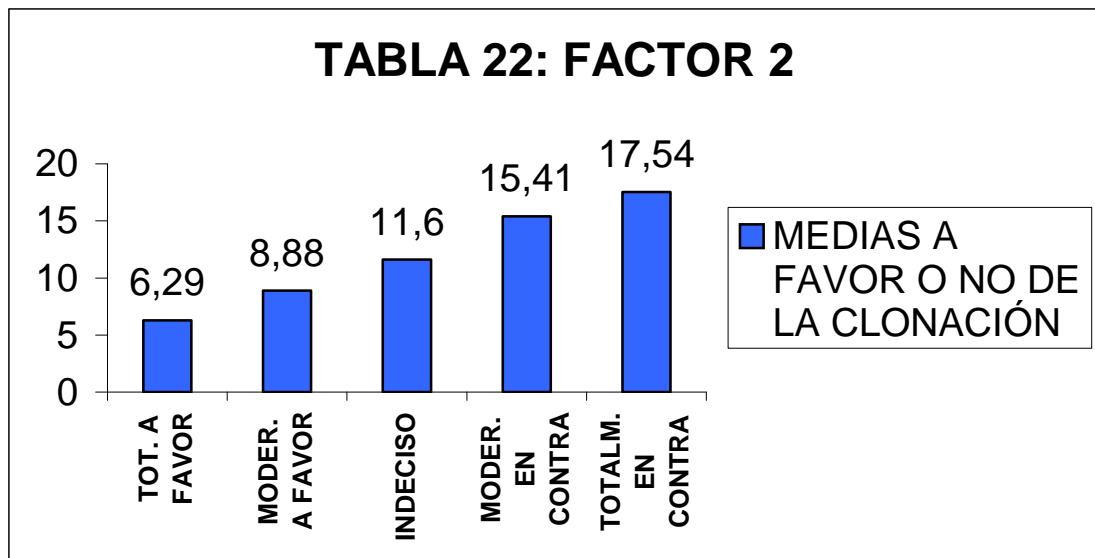
La libertad de investigación y de avanzar científicamente está por encima de todo y no se debe reprimir, (principio de la libertad absoluta de la ciencia y de la experimentación): Prelación del derecho al progreso.

Según señalan los datos y el gráfico, la mayoría absoluta de la población analizada (el 51,6 %) se haya indecisa al respecto, estando a favor del cientifismo absoluto tan solo un

29,5 % y estando en contra el 18,9 %. La media (11,55) nos indica que la tendencia central mayoritaria también es la indecisión como tónica.

Por subgrupos resulta paradójico que sean los de MAYOR NIVEL ACADÉMICO -en este caso los Doctores- quienes sean más escépticos y críticos ante el cientifismo y, en contraste, sean los de MENOR NIVEL -los alumnos- quienes con más énfasis apoyan la libertad de investigación por encima de todo; de igual modo, -dentro de la indecisión- son los CREYENTES quienes mayores reservas plantean hacia el derecho absoluto y por encima de todo del avance científico; esta vez sí, el único sujeto que ha resultado ser MUY PREJUDICIOSO -en correlación con lo pronosticado por Adorno y sus discípulos⁻¹⁶³⁻¹⁶⁷⁻) nos ofrece una opinión completa y radicalmente en contra de la ciencia y el progreso (media de 18 en el extremo del intervalo en contra), mientras que las restantes opciones -desde no prejuicioso a bastante prejuicioso- no presentan diferencias significativas, dentro de la indecisión.

Como también era de esperar, a medida que se está más A FAVOR DE LA CLONACIÓN, también se está del cientifismo y del optimismo cientifista; mientras que sucede justamente lo contrario a medida que se está en contra de la clonación -como indica el gráfico- lo cual vuelve a ser -por otro lado- una adecuada contrastación, en la realidad de la aplicación, de que la Escala es válida y fiable⁽¹⁶⁸⁻¹⁶⁹⁾.



Todo esto no significa que se desprecie o minusvalore a la Ciencia, de hecho el estudio del BBVA ⁽¹⁷⁰⁾ muestra que "la ciencia es altamente valorada y genera expectativas positivas entre los ciudadanos europeos"; de igual modo, en la investigación CIS sobre las actitudes hacia la Biotecnología ⁽¹⁷¹⁾, el 48,6 % de los españoles entrevistados creían que en los próximos veinte años "los beneficios del desarrollo científico y tecnológico superarán los riesgos", mientras que el 31,0 % cree que "los riesgos superarán los beneficios" -el resto No sabe / No contesta-; pero ese interés y confianza no es absoluto ante "algunas aplicaciones de la ciencia" ⁽¹⁷²⁾ pues, de hecho, la Ingeniería Genética y la Clonación destruyendo embriones despierta verdaderos "temores y ansiedades" ⁽¹⁷³⁾, indicando al respecto el CIS que, junto a la energía nuclear, -que ocupa el máximo nivel en el ranking- en los campos de la ingeniería genética y la biotecnología habría que limitar el desarrollo científico y tecnológico ⁽¹⁷⁴⁾.

6.3.2.4.- Factor (Subescala) 3

En contra:	109	16,2 %		
Indecisos:	405	60,4 %	$\bar{X} : 27,36$	$\sigma x: 5,99$
A favor:	157	23,4 %		

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

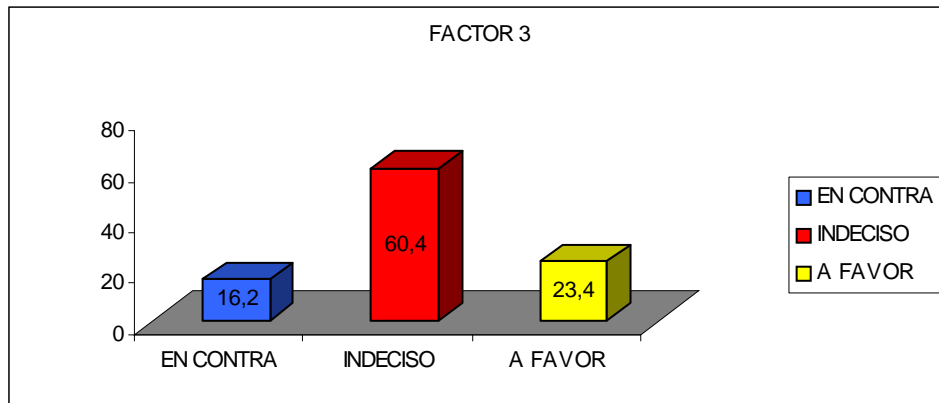
34-42 En contra

23-33 Indecisión

14-22 A favor

(Tablas 20 y 23)

Pasamos a analizar, en este Factor de la Escala C, el argumento basado en el utilitarismo, según el cual la clonación se justifica por sus fines, por lo que la utilización y destrucción de embriones es un mal menor asumible por los bienes que reportará... argumento este que conforma uno de los ejes y piedras angulares del debate sobre la clonación ⁽¹⁷⁵⁻¹⁸⁶⁾.



La clonación, incluso la reproductiva, se justifica por sus fines (utilitarismo), de modo que la utilización de embriones es un mal menor, asumible por los bienes que reporta o reportará... sobre todo si son sobrantes.

Como nos ilustran los datos y el gráfico, otra vez la indecisión vuelve a ser la tónica general, mostrándose la mayoría absoluta de los sujetos analizados (el 60,4 %) indecisos sobre si la clonación se justifica por sus fines y es, como tal asumible, y la destrucción de embriones es un mero mal menor; tan solo un 23,4 % de la población está a favor del argumento utilitarista, mientras que el 16,2 % se opone completamente al mismo.

La media general (27,36) también nos corrobora que la indecisión es la tendencia central más indicativa.

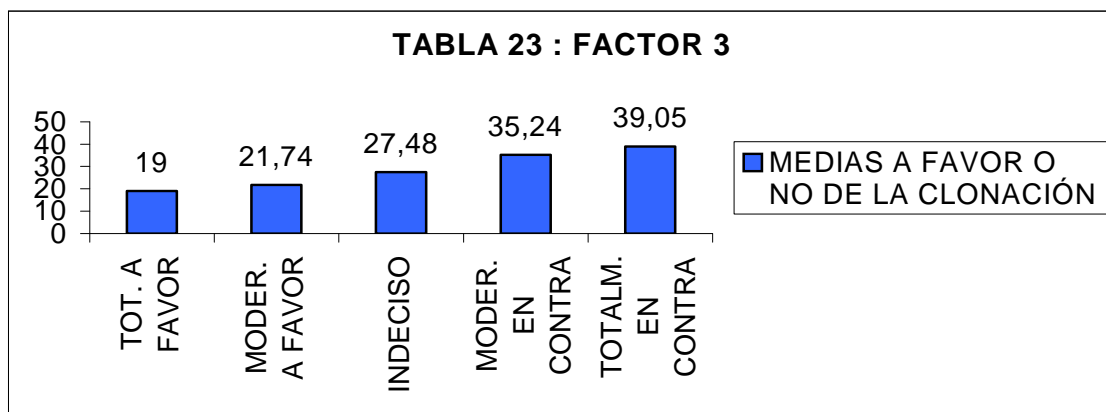
Por subgrupos y por EDADES tiende a haber una cierta correlación en el sentido de que cuanto más joven se es más se ve con buenos ojos este utilitarismo/pragmatismo -aunque la prueba de ANOVA no resulta ser significativa, y es que al haber cinco categorías en la variable, se pierde potencia estadística en cada una y, por ende, significabilidad^(187-188)-; sin embargo, si atendemos al ESTADO CIVIL -que correlaciona como vimos en 6.1.3 con la edad- sí se constata claramente la correlación, de modo que los solteros -los más jóvenes- son quienes más justifican el argumento utilitarista. Por el contrario, y al margen de su correlación con la edad, a MAYOR NIVEL ACADÉMICO menor justificación se le da al pragmatismo utilitarista, por lo que los Especialistas y Doctores se oponen a él en mayor medida que los Alumnos y Diplomados, oponiéndose también en mayor medida a dicho argumento los médicos que los enfermeros.

Curiosamente los que reconocen MAYORES CONOCIMIENTOS sobre la clonación justifican el utilitarismo significativamente más que los que no tienen conocimientos, aunque tal vez sea una variable contaminada también por la condición de TENER O NO FAMILIARES etc beneficiarios posibles de la clonación -que, como vimos, correlaciona

altamente con los conocimientos al respecto- habida cuenta que los que sí admiten tener familiares en esa vicisitud admiten en mayor medida tal utilitarismo que los que no.

Como era de esperar, los más creyentes y practicantes son quienes -dentro de los NIVELES DE CREENCIA- en mayor medida rechazan los argumentos utilitaristas (aunque sin olvidar que en ellos la indecisión al respecto también conforma la tónica general). El único sujeto MUY PREJUDICIOSO -dentro de la variable que analiza la Escala F- sí se opone radicalmente al argumento de la tolerancia pragmático/utilitarista.

Por último, en el análisis de las distintas variables y estratos, vemos -una vez más- como a medida que se está más a favor de la clonación más se aplaude el argumento utilitarista y viceversa; estándose más en contra del mismo a medida que más se está de la clonación, como nos ilustra el gráfico, lo cual vuelve a ser un magnífico indicador de la utilidad de la Escala ⁽¹⁸⁹⁻¹⁹⁰⁾.



Esta indecisión al hacer "balance general o contraponer en abstracto los posibles beneficios médicos derivables de la investigación con células troncales y, por otro lado, los derechos de los embriones" ⁽¹⁹¹⁾ es la tónica en toda Europa también, aunque cuando se alude a enfermedades concretas como el Alzheimer, la aprobación mejora ⁽¹⁹²⁾; de igual modo, en España, el estudio del CIS indica una relativa aprobación -como mal menor- a la Ingeniería Genética "para impedir que los niños hereden enfermedades graves" y "para curar enfermedades genéticas graves" ⁽¹⁹³⁾.

6.3.2.5. - Factor (Subescala) 4

En contra: 115 17,1 %

Indecisos: 408 60,8 %

A favor: 148 22,1 %

\bar{X} : 9,76 σ_x : 2,65

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

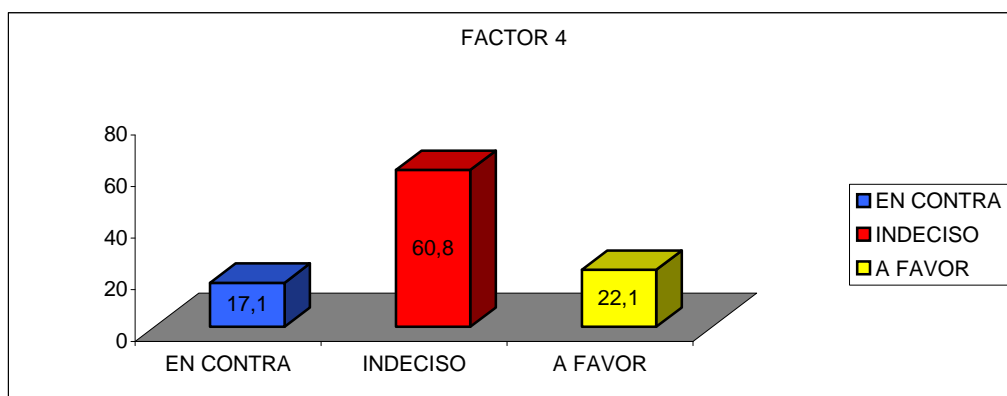
13-15 En contra

8-12 Indecisión

5-7 A favor

(Tablas 20 y 24)

En este Factor atendemos a las opiniones acerca de si los derechos reproductivos y a la salud están por encima de los derechos del embrión, lo que viene conociéndose en el debate bioético sobre la clonación como el problema de la Jerarquía o Prelación de Derechos ⁽¹⁹⁴⁻²¹⁰⁾. Sobre todo, en el espinoso supuesto de los embriones supernumerarios o sobrantes de las técnicas de FIVTE, tema controvertido éste incluso para los creyentes, según la doctrina teológica del "mal menor" ⁽²¹¹⁻²¹²⁾.



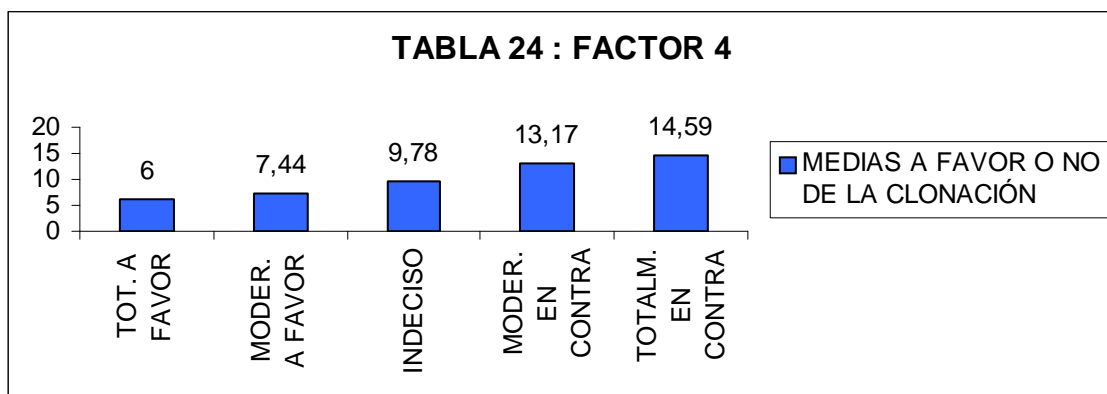
El derecho reproductivo y/o el derecho a la salud están por encima del derecho del embrión, sobre todo si es supernumerario o sobrante. (Jerarquía o prelación de derechos).

Como podemos cotejar en los datos y en el gráfico, la tónica general nos ofrece la indecisión al respecto como pauta (60,8 %), estando solamente a favor de la subordinación

de los derechos del embrión a los derechos a la reproducción y a la salud el 22,1 % de los sujetos y estando completamente en contra de ello un 17,1 %. La tendencia central que nos ofrece la media (9,76) nos indica también la indecisión general al respecto.

Por subgrupos observamos como, en correlación con la edad, según el ESTADO CIVIL, los solteros están más a favor -dentro de la indecisión- de la subordinación de los derechos del embrión a los otros derechos; sin embargo, a medida que aumenta el NIVEL ACADÉMICO la oposición a ello es más manifiesta, de modo que son los DOCTORES quienes en mayor medida consideran que los derechos del embrión no pueden ni deben supeditarse a los otros derechos descritos, esta tónica también la siguen quienes admiten CONOCIMIENTOS SUFICIENTES O ADECUADOS en el tema de la clonación; siendo, asimismo, los CREYENTES y los PRACTICANTES quienes con más énfasis defienden los derechos del embrión frente a los otros derechos en lance.

Como ha venido ocurriendo hasta ahora, también en este Factor la discriminación, sensible a cada nivel, de los sujetos en virtud de que estén o no A FAVOR DE LA CLONACIÓN es completa, de modo que a medida que se está más a favor de la clonación más se está en la línea de supeditar los derechos del embrión a los derechos reproductivos y a la salud y, en el otro extremo, a medida que se está más en contra de la clonación más se está en contra de subordinar los derechos del embrión a los otros; lo cual -una vez más lo constatamos- es un fiel indicador de la fiabilidad y validez de la Escala ⁽²¹³⁻²¹⁴⁾ como demuestra el gráfico.



No cabe duda de que esta indecisión y esta oposición a desposeer o subordinar los derechos del embrión a otros derechos engarza con la consideración, frecuente en Europa, de considerar al embrión como portador de la "misma condición moral que un ser humano" ⁽²¹⁵⁾ - lo cual se da en mayoritariamente en seis de los nueve países analizados en el estudio

del BBVA, de modo que tan solo en Dinamarca y el Reino Unido una mayoría absoluta le niega esta condición al embrión, quedando Holanda indecisa-, aunque en este punto la unanimidad no es absoluta, por lo que esta "amplia variabilidad de posiciones hace difícil la regulación de esta cuestión en cada país y, sobre todo, a escala europea" ⁽²¹⁶⁾, pese a la aspiración generalizada en toda Europa, ya comentada, de que se establezca "un marco regulador común de la investigación con embriones en toda la Unión Europea" ⁽²¹⁷⁾.

6.3.2.6.- Factor (Subescala) 5

En contra:	154	23,0 %		
Indecisos:	263	39,2 %	$\bar{X} : 1,85$	$\sigma x: 0,77$
A favor:	254	37,9 %		

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

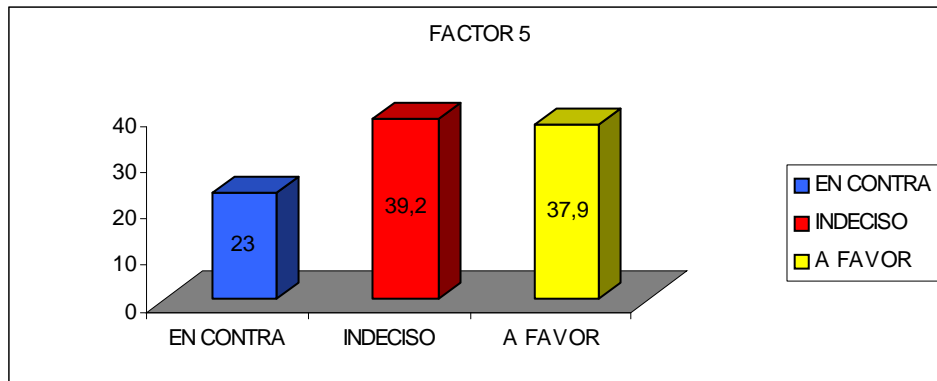
- 3 A favor
- 2 Indecisión
- 1 En contra

(Tablas 20 y 25)

En este punto ofrecemos el análisis de cómo se posicionan los sujetos sobre la afirmación -también vertida en el debate- de que la clonación es una veterinización del ser humano y, como tal, algo degradante, ⁽²¹⁸⁻²³⁰⁾ "expulsando al hombre de sí mismo" ⁽²³¹⁾.

-Debemos advertir que en este Factor (y en otros, como veremos) los intervalos de las puntuaciones puntúan a la inversa: de modo que cuanto más alta es la puntuación obtenida más a favor se está de lo enunciado en el Factor (en este caso de un solo ítem); en el sentido de estar a favor o admitir que la clonación supone una degradación y veterinización del ser humano.

Esta técnica de cambiar el sentido, de vez en cuando, de los ítems y Factores es una técnica usual en la psicometría en la construcción de Escalas y Test, para evitar sesgos tales como la equiescencia y, así, dotar al instrumento de una mayor consistencia interna y de una mayor fiabilidad ⁽²³²⁻²³⁴⁾.



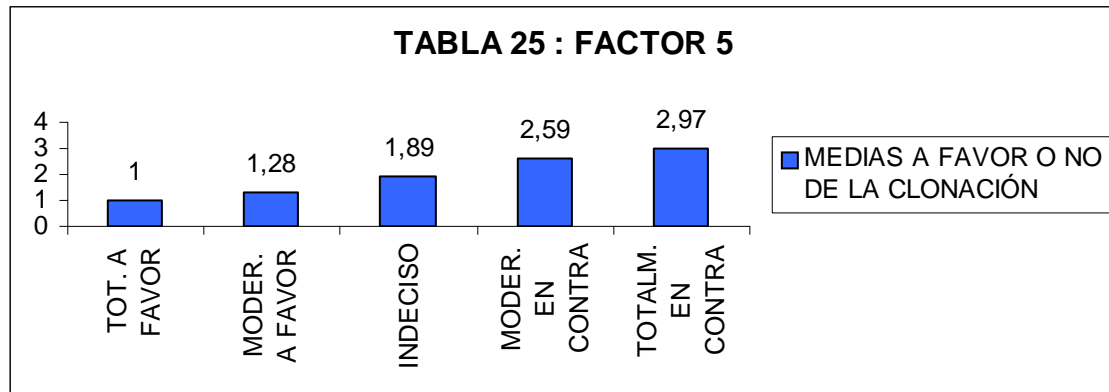
La clonación humana es una veterinización del ser humano y, como tal, algo degradante.

Los datos y el gráfico nos indican que, en este tema, las opiniones están muy ajustadas, siendo de hecho el Factor en el que la indecisión, aún obteniendo mayoría relativa (39,2 % de los sujetos) está muy cercana a otra opción, en este caso a la de los que creen que, en efecto, la clonación supone una veterinización del ser humano y es algo degradante, alternativa por la que se decanta el 37,9 % de los sujetos, estando en contra tan solo el 23,0 %. La media (1,85) también nos constata la indecisión general al respecto.

Por subgrupos, vemos como los que tienen FAMILIARES O ALLEGADOS posibles beneficiarios de la clonación se niegan a admitir tal posibilidad de degradación o veterinización en mayor medida que los que no tienen parientes en tal trance; de igual modo, los sujetos, a medida que son más CREYENTES y más PRACTICANTES, con más determinación se decantan por la opción de que éstas técnicas son degradantes para el ser humano y generan una veterinización del mismo.

Curiosamente el ser MUY PREJUDICIOSO correlaciona con no admitir tal degradación y veterinización del ser humano, tal vez por el poco respeto y dignidad que le atribuyen a la especie humana y al humanismo los sujetos víctimas del Síndrome Autoritario ⁽²³⁵⁾ (lo cual rompe una vez más el estereotipo que une y engarza -desde algunos sectores de la opinión pública- a los que están en contra de la clonación con los sectores más retrógrados y prejuiciosos).

Una vez más, los sujetos cuanto más A FAVOR de la clonación están menos admiten tal degradación/veterinización; mientras que cuanto más EN CONTRA están con mayor rotundidad y unanimidad denuncian y reprueban tal degradación -como ilustra el gráfico-, lo que consolida, una vez más también, la validación de la Escala ⁽²³⁶⁻²³⁷⁾.



Obviamente el negarse a degradar al embrión humano con técnicas propias de la veterinización está relacionado también con atribuirle condición moral, como hemos visto que sucede en la mayoría de Europa ⁽²³⁸⁾, siendo también uno de los argumentos utilizados por la NBAC en los EEUU en su "Informe sobre la Clonación Humana" ⁽²³⁹⁾.

6.3.2.7. - Factor (Subescala) 6

En contra: 193 28,8 %

Indecisos: 281 41,9 %

A favor: 197 29,4 %

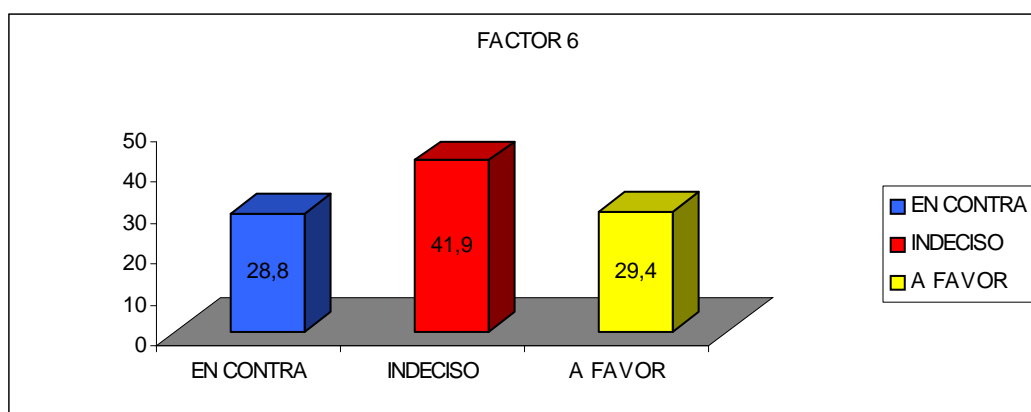
\bar{X} : 1,99 σ_x : 0,76

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

- 3 A favor
- 2 Indecisión
- 1 En contra

(Tablas 20 y 26)

De nuevo pasamos a revisar los datos que nos ofrecen los sujetos acerca de un tema cercano al del utilitarismo y es el de la Justificación de la clonación por sus Fines, entendiendo que ésta no es mala en sí misma, si no que depende de sus intenciones o fines ⁽²⁴⁰⁻²⁵⁹⁾; de hecho -para algunos- estos fines no solo la justifican sino que son el verdadero fuste y razón de su ética ("lo apoyamos desde el rigor moral y ético pues nada puede ser más moral que preservar la salud, curar la enfermedad, evitar el sufrimiento y el dolor" ⁽²⁶⁰⁾).



La clonación no es mala en sí, depende de las intenciones o de su utilización.

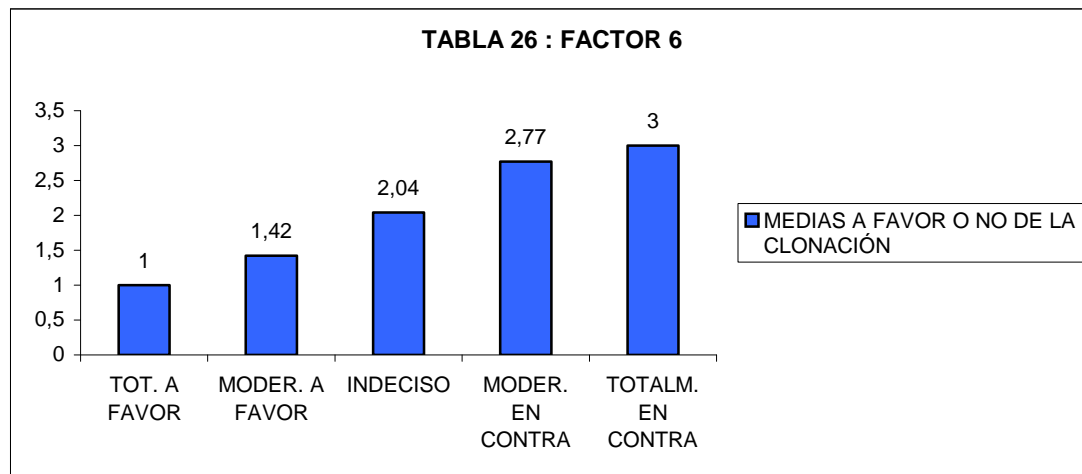
Tanto los datos como el gráfico nos ilustran que, de forma similar a lo visto en el factor anterior (punto 6.3.2.6), las opiniones vuelven a estar muy ajustadas, con una mayoría relativa de indecisión (41,9 %) y casi un "empate técnico" entre los que aceptan la justificación de la clonación por sus fines (29,4 %) y los que no (28,8 %).

Hay que tener en cuenta que igual que el Factor 5 (ver punto 6.3.2.6) los intervalos de puntuaciones están invertidos -por las mismas razones que allí-. La media (1,99), una vez más, vuelve a remachar esta división de opiniones.

Pasando al análisis de los subgrupos, vemos como tanto entre los alumnos de Ciencias de la Salud como entre los HOSPITALES es donde más se acepta el argumento de la justificación por los fines sanitarios; sin embargo, a medida que aumentan las CREENCIAS RELIGIOSAS y su PRÁCTICA se rechaza la validez de tal justificación. Al igual que sucede a medida que aumentan los PREJUICIOS (siendo éste uno de los pocos casos en los que el ser claramente creyente y ser claramente prejuicioso van al unísono en una postura hacia la clonación).

Como reiteradamente ha sucedido hasta ahora, y como fiel reflejo de la consistencia y validez de la Escala C ⁽²⁶¹⁻²⁶²⁾, -como nos muestra el gráfico- a medida que se está más a favor de la clonación se está también más a favor de aceptar la justificación de la clonación por sus fines y viceversa... de hecho la síntesis del argumento nos la da el divulgador científico E. Punset: "Al final de este camino se vislumbra una situación en la que se extraerá al paciente una de sus billones de células para, cultivándola, retrotraerla al pasado inicial de célula madre, orientarla en el desarrollo funcional deseado y, finalmente, reintroducirla en su cuerpo sin provocar rechazo para que se genere el tejido dañado. Antes de llegar allí, los científicos necesitan, lógicamente, disponer de células madre para

ahondar en su conocimiento, y de óvulos fecundados para desatar el proceso de diferenciación celular (...) y ¿qué había de malo en todo eso? ¿cuál era el problema ético? se preguntará entonces la gente" ⁽²⁶³⁾. (Aunque todo ello obvia la posibilidad real de conseguir lo mismo pero sin destruir embriones sino utilizando células madre de tejidos adultos, cordón umbilical, etc ⁻²⁶⁴⁻²⁶⁷⁻).



Todo ello está en la línea del optimismo con que en España -según el informe del CIS ⁽²⁶⁸⁾- se ve el futuro del desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, de modo que para el 52,8 % de los sujetos ese desarrollo en los próximos veinte años será "Bastante beneficioso" y para un 48,6 % "los beneficios superarán a los riesgos" (aunque se alude a la Ciencia y a la Biomedicina en general y no solo a la clonación).

6.3.2.8.- Factor (Subescala) 7

En contra:	110	16,4 %	\bar{X} : 11,64 σx : 2,93
Indecisos:	406	60,5 %	
A favor:	155	23,1 %	

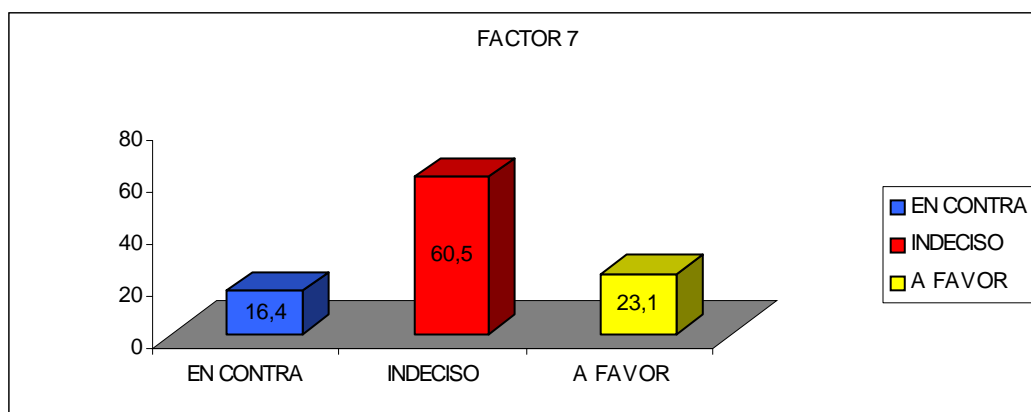
INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

- 15-18 En contra
- 10-14 Indecisión
- 6-9 A favor

(Tablas 20 y 27)

El argumento que se somete a debate en este Factor es el de si detrás de las posturas que abogan por prohibir las investigaciones sobre la clonación humana se encuentra la ortodoxia y el fanatismo (religioso o ideológico) -definidos por el sintagma, tan utilizado, de "algo propio de ayatolás"- contrarios al progreso ⁽²⁶⁹⁻²⁹²⁾ o, según recientes declaraciones, de "frenos artificiales impuestos por consideraciones ortodoxas que aunque legítimas en el ámbito de la conciencia personal, no pueden ser impuestas colectivamente para frenar el progreso" ⁽²⁹³⁾.

El análisis de los datos y del gráfico vuelve a constatar que la indecisión es, una vez más, la tónica imperante, volviéndose otra vez a la mayoría absoluta en esta opción (60,5%); negando radicalmente el que detrás de la oposición a las investigaciones sobre clonación se esconda el fanatismo y/o posturas antiprogresistas, sin más, un 16,4 % de los sujetos y admitiéndolo solo el 23,1 %.



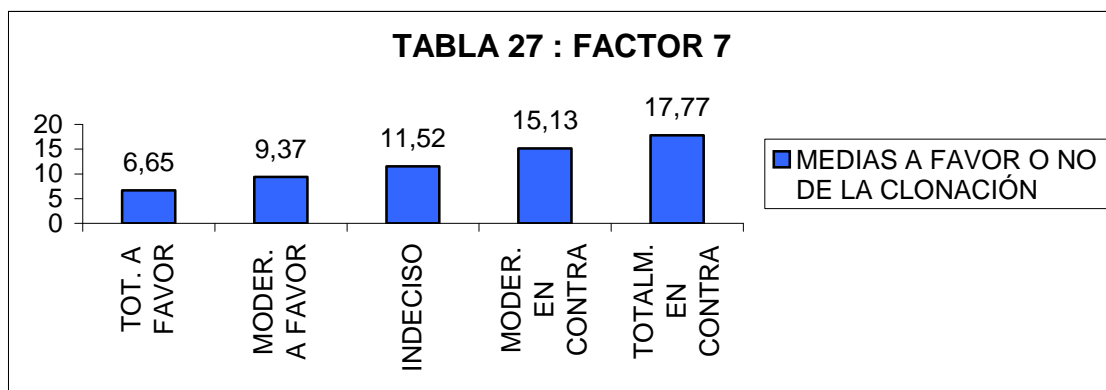
Prohibir la investigación en clonación humana es propio del fanatismo (ideológico o religioso -ayatolás-) y contrario al progreso.

De igual modo la media (11,64) subraya también esta indecisión absoluta en el debate.

Frente a esta tónica general, el estudio de los resultados por subgrupos nos indica que, en correlación con la edad -como hemos visto en algunos puntos anteriores-, los SOLTEROS -es decir, los más jóvenes- dentro de la indecisión general, tienden a estar más de acuerdo con la hipótesis de la ortodoxia y el fanatismo que los más mayores -casados y, sobre todo, viudos-; de igual modo, dentro del P.S., sobre todo los de ENFERMERÍA (mientras que los de Medicina, en su mayoría, se oponen a este análisis caricaturesco con más rotundidad incluso que la media general); en cuanto a los CONOCIMIENTOS HACIA LA CLONACIÓN,

los que admiten tenerlos adecuados o suficientes apoyan más esta hipótesis del antiprogresismo que los que no admiten tales conocimientos.

Los CREYENTES y PRACTICANTES (más cuanto más practicante y creyente se es) tienden a negar esta explicación del fanatismo; mientras que -como ha venido sucediendo en todos los Factores analizados- se constata una clara correlación significativa entre estar A FAVOR o NO de la clonación y admitir o no esta argumentación del fanatismo y la ortodoxia religiosa o ideológica (reduciendo la oposición a meras "dudas éticas" inspiradas en rancias creencias ortodoxas que están retrasando el progreso ⁻²⁹⁴⁻) y, en el otro extremo, -como indica el gráfico claramente- cuanto más EN CONTRA se está de la clonación más se está en contra de los argumentos del fanatismo y antiprogresismo. (Esta clara correlación es un indicador -una vez más- de la elevada consistencia interna de la Escala y de su valor discriminativo ⁻²⁹⁵⁻²⁹⁶⁻).



También en Europa y en EEUU -como hemos visto- la oposición y el "freno" a la clonación es mayoritaria ⁽²⁹⁷⁾ (en concreto "el rechazo hacia estas nuevas aplicaciones científicas") pero las raíces de estas reservas se encuentran "en un amplio entramado de valores, criterios éticos e imágenes de la naturaleza que condiciona el balance entre beneficios y efectos indeseados de cada aplicación" ⁽²⁹⁸⁾ ; y es que "la investigación con células troncales afecta a la dimensión moral o ética de cada individuo" ⁽²⁹⁹⁾ y, nos guste o no, "los criterios morales de inspiración religiosa constituyen un vector clave para comprender las posturas existentes hoy en Europa" ⁽³⁰⁰⁾ -y recordemos que, en España, se define, según el estudio de los profesores Pérez-Agote y Santiago para el CIS ⁽³⁰¹⁾ , católico el 79,5 % de toda la población y creyente de otra religión el 2,0 %; y, en nuestro estudio, en una población universitaria en su totalidad, como vimos en el punto 6.1.13, se autodefine como creyente un 70,6 % de la población y practicantes (normalmente y

moderado) el 60,0 %... reducir esta "dimensión moral" del individuo y estos "criterios morales de inspiración religiosa" a un mero fanatismo y a una ortodoxia retrógrada propia de ayatolás es de un gran simplismo y de una ingenuidad intelectual envidiable- tal que bien podría hacer creer a algunos que precisamente los fanáticos y ortodoxos (en este caso del "progreso") son quienes defienden y esgrimen tan miopes y alicortos argumentos (lo cual - como es obvio- no lo hacen todos los que están a favor de la clonación); para terminar, recordemos que otro análisis del CIS, ya varias veces citado en este trabajo, nos indica que el 70,5 % de la población española piensa en mayor o menor medida que "nuestra sociedad confía demasiado en la ciencia y demasiado poco en la religión" ⁽³⁰²⁾.

6.3.2.9.- Factor (Subescala) 8

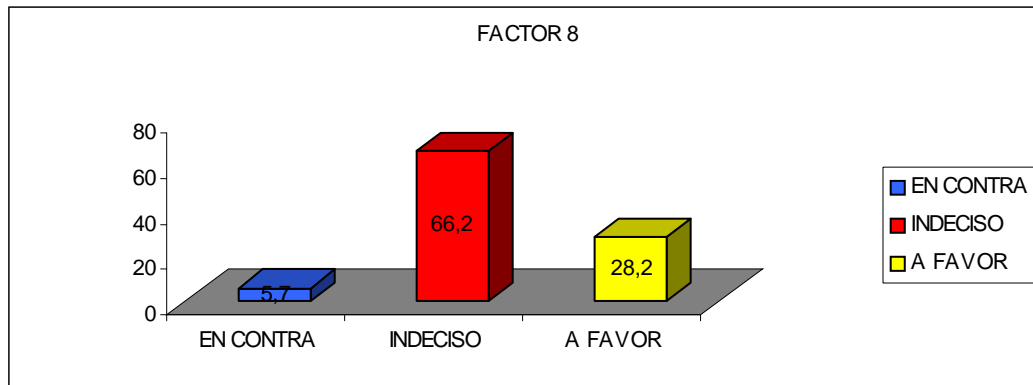
En contra:	38	5,7 %		
Indecisos:	444	66,2 %	\bar{X} : 8,83	σx : 2,14
A favor:	189	28,2 %		

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

13-15	En contra
8-12	Indecisión
5-7	A favor

(Tablas 20 y 28)

En esta Subescala o Factor se presenta el tema de la contradicción e, incluso, la hipocresía que puede darse desde ambas opciones (las radicalmente a favor y las fervorosamente en contra de la clonación), pues no parece lógico admitir a nivel legal el aborto y las técnicas de FIVTE -con sus embriones sobrantes- y, sin embargo, poner cortapisas legales y prohibiciones a la clonación; o, en el otro extremo, ser intransigente ante las plantas transgénicas y no contra la clonación humana... Siendo este tema de la posible hipocresía algo también muy tratado en el debate bioético sobre la clonación ⁽³⁰³⁻³²⁹⁾.



En el tema de la clonación nos encontramos con una contradicción, sino con una verdadera hipocresía, en ambas opciones, pues incluso a nivel legal se admite el aborto, las técnicas de FIVTE -con sus embriones sobrantes- sin hablar de genocidios, guerras y pena de muerte (muchos autores apuntan aquí a los EEUU) y, sin embargo, se prohíbe o se ponen cortapisas a la clonación... En el otro extremo, en sectores "progresistas" se polemiza y se rasgan las vestiduras ante el tema de las plantas transgénicas y no ante el de la clonación humana.

Como nos plasman los datos y el gráfico de forma bien elocuente la mayoría absoluta de la población (el 66,2 % de los sujetos) se manifiesta completamente indecisa también aquí; siendo un escasísimo 5,7 % el porcentaje de los que niegan tal contradicción y/o hipocresía y conformando un 28,2 % los que sí admiten tal posibilidad. La media (8,83) también nos informa que la tendencia central general está dominada por la indecisión absoluta.

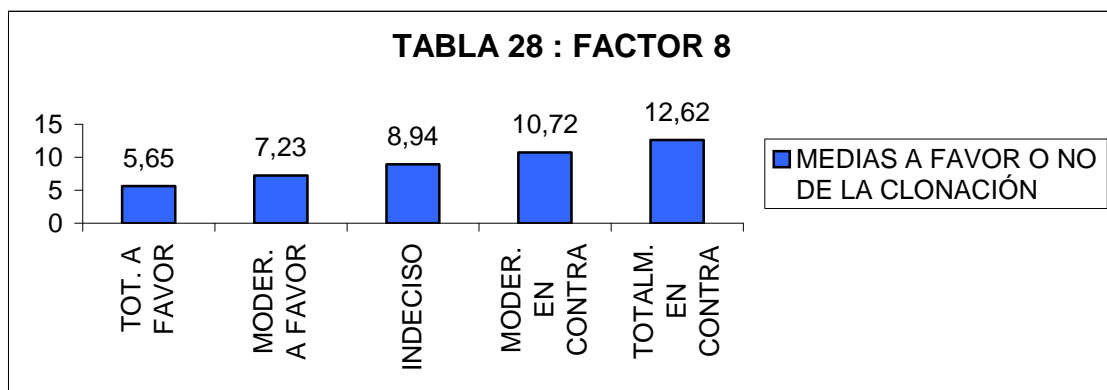
Pasando al análisis de las categorías y subgrupos, vemos que cuanto más aumenta el NIVEL ACADÉMICO en menor medida -curiosamente- se reconoce tal contradicción, siendo los Doctores y, sobre todo, los Profesores quienes menos dispuestos están en admitir contradicciones e hipocresías en ambas posturas, opción que también comparten los de menor nivel académico, esto es, los alumnos.

Dentro del P.S., los de Medicina también se oponen a que exista tal contradicción con más firmeza que los de Enfermería (de hecho, los de Medicina se niegan en admitir tal posibilidad con más contundencia que la media general).

En cuanto a las CREENCIAS, los creyentes y practicantes también niegan con más rotundidad (dentro de la indecisión general) la posible contradicción. En los PREJUICIOS, se constata una situación no lineal, según la cual al aumentar los prejuicios también aumenta el rechazo a tal contradicción y/o hipocresía hasta un límite, pues los "Bastante

prejuiciosos" descienden la intensidad y se colocan en niveles cercanos a la media y por debajo, incluso, de los "Levemente prejuiciosos".

Una vez más nos encontramos con que también, en este Factor, a medida que se está más A FAVOR de la clonación más anuente se es en admitir la contradicción arriba descrita; mientras que, cuanto más en contra se está, más se rechaza tal posibilidad, como nos muestra el gráfico (lo cual una vez más confirma la consistencia interna y la validez de la Escala ⁻³³⁰⁻³³¹⁻).



Todo lo aquí visto, engarza en parte también con algo similar a lo dicho en el análisis del Factor 4 (punto 6.3.2.5) y es el problema y la contradicción que genera el uso de embriones sobrantes de tratamientos de reproducción asistida, frente a la creación -como tal- de embriones para la investigación ⁽³³²⁾; de modo que "en los últimos tiempos, el debate en la opinión pública [europea] acerca de la investigación con células troncales, así como la atención del regulador, ha cristalizado alrededor de dos escenarios:

- El uso de embriones sobrantes de tratamientos de reproducción asistida [y]
- El uso de embriones creados específicamente para la investigación.

Las percepciones de la opinión pública sobre cada uno de estos dos escenarios tienen un carácter marcadamente diferenciado. En la actualidad, el uso para investigaciones de propósito biomédico de embriones sobrantes (...) recibe un apoyo amplio en la gran mayoría de los nueve países europeos, en tanto que el uso de embriones creados específicamente para la investigación genera un rechazo también generalizado" ⁽³³³⁾, (de hecho, este uso de embriones creados "ad hoc" se define como "MORALMENTE INACEPTABLE" ⁻³³⁴⁻); aún así, hay países como Austria y Polonia donde el uso de embriones sobrantes también se ve con reparos ⁽³³⁵⁾. En el caso concreto de España un 35,3 % de los sujetos apoya tal uso, un

21,5% lo rechaza, un 21,7 % se mantiene indeciso y un elevadísimo 21,5 % No sabe/No contesta ⁽³³⁶⁾.

Esta mayoría relativa a favor de la utilización de embriones "supernumerarios", tanto en Europa como en España, correlaciona con la tendencia a aceptar las Técnicas de Reproducción asistida y, en concreto, la FECUNDACIÓN IN VITRO, para las parejas que no pueden tener un hijo y lo desean; de hecho en España, según el estudio del CIS de 2001 ⁽³³⁷⁾ un 72,6 % de la población estaba a favor y solo un 14,0 % en contra, admitiendo -incluso- que ellos recurrirían a tales técnicas de FIVTE si no pudieran tener hijos en el 56,1 % de los casos; con lo que la contradicción y la paradoja -como suele suceder en muchas actitudes, según lo que sabemos sobre ellas ⁽³³⁸⁻³³⁹⁾- es patente, pues los datos nos hablan de una población -europea y española- que es y se reconoce eminentemente creyente, está en contra de la clonación humana y de la utilización de embriones humanos y, sin embargo, está completamente a favor -de forma absolutamente mayoritaria- de las técnicas de FIVTE (con sus embriones sobrantes) y, entonces sí, no se pone reparos a la utilización de los embriones supernumerarios... sin entrar en las otras contradicciones descritas y analizadas en el Factor.

6.3.2.10. - Factor (Subescala) 9

En contra:	174	25,9 %		
Indecisos:	351	52,3 %	\bar{X} : 8,08	σx : 1,98
A favor:	146	21,8 %		

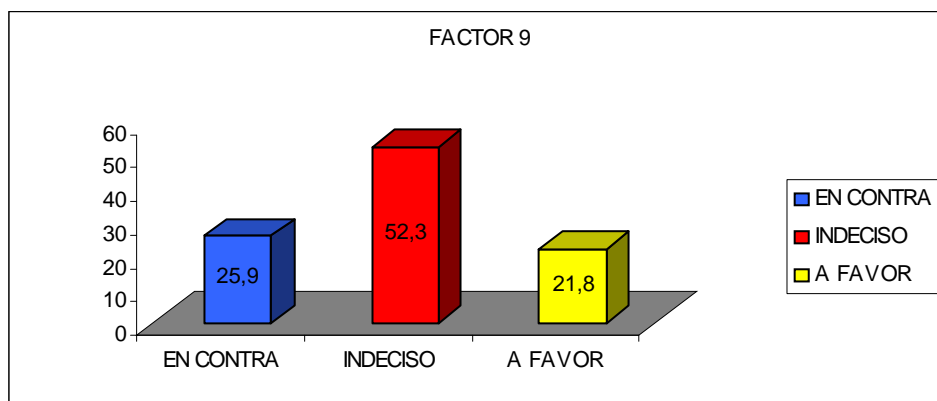
INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

10-12	En contra
7-9	Indecisión
4-6	A favor

(Tablas 20 y 29)

Aquí se plantea una cuestión que roza, en parte, el argumento del Factor 7 alusivo al fanatismo, visto en el punto 6.3.2.8, pero de forma distinta: Ahora la oposición a la clonación no es fruto del fanatismo o de la ortodoxia más rancia y contraria al progreso, si no que, más bien, se trataría de una conducta de miedo, fruto de una respuesta emocional e

irracional y no de la reflexión o la razón; argumento éste que también ha hecho y hace verter ríos de tinta en los debates sobre la clonación ⁽³⁴⁰⁻³⁵⁶⁾... De hecho en unas recientes declaraciones un divulgador científico de la talla de E. Punset nos decía ⁽³⁵⁷⁾: "Ahora mismo existe un miedo irracional que se basa en raíces muy profundas que nada tienen que ver con la clonación; se remontan a la vieja idea de un científico loco en su laboratorio jugando a ser Dios".



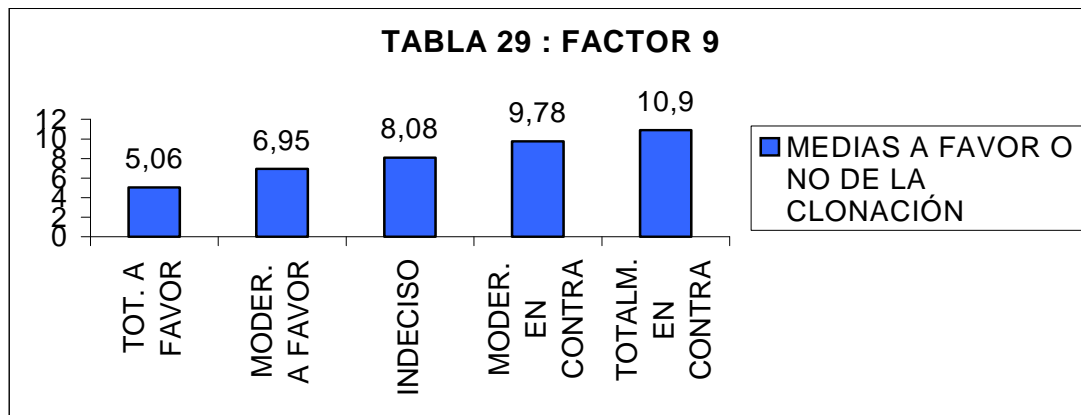
El miedo o la inquietud ante la clonación humana es fruto de una respuesta irracional y emotiva y no de una reflexión racional o científica.

Una vez más, los datos y el gráfico constatan que la indecisión sobre este argumento, que retoma la leyenda del aprendiz de brujo, es la opción que obtiene, entre los sujetos analizados, la mayoría absoluta (52,3 %); aunque son más quienes niegan que oponerse a la clonación sea el simple corolario de un miedo irracional (25,9 %) -recordemos, una vez más, que esto sucede en una población universitaria- que quienes lo admiten sin reservas (21,8%).

Como hasta ahora ha sucedido, la media (8,08) también corrobora que la tendencia central de las opiniones es la más pura indecisión.

De todos modos, por categorías y subgrupos, vemos que solo hay diferencias significativas -respecto a la tónica general- en el caso de los CREYENTES y PRACTICANTES, de modo que cuanto más creyente y practicante es el sujeto, en menor medida admite que este rechazo sea algo irracional y puramente emocional; de igual modo, como ha venido sucediendo en todos los Factores vistos, también en éste la diferenciación entre los que están A FAVOR y EN CONTRA de la clonación es absoluta, de forma que -como vemos en el gráfico- cuanto más a favor se está de la clonación, más se acepta y comparte el argumento de la irracionalidad y el miedo; mientras que, cuanto más en contra se está de la clonación, en mayor medida se rechaza tan simplista explicación, todo lo cual

nos vuelve a corroborar la sensibilidad discriminativa de la Escala C, su fiabilidad y validez (358-360).



Fuera de nuestro contexto sanitario y atendiendo a lo que sucede en Europa, según el informe del BBVA ⁽³⁶¹⁾ "es probable que la referencia a la manipulación o ingeniería de la vida en el plano del gen, que funciona como un símbolo o icono cultural, despierte temores y ansiedades"; pero esto, aún siendo cierto a veces, "no explica todo lo que ocurre. Las raíces de estas reservas se encuentran también en un amplio entramado de valores, criterios éticos e imágenes de la naturaleza (...)" ⁽³⁶²⁾. Reducir, pues las reservas morales -las compartamos o no- a meros miedos viscerales y emociones irracionales es, cuanto menos, acientífico, y es que -como nos indica el profesor R. Pardo en su ilustrativo informe al respecto ⁽³⁶³⁾ " las percepciones de la mayor parte de la población adulta hacia la investigación con embriones [en Europa] se fundamentan (...) sobre todo en valores, imágenes, criterios morales y creencias religiosas"; de modo que -como dice más adelante ⁽³⁶⁴⁾ y hemos comentado ya- "la valoración de la condición moral del embrión y el comienzo de la vida se ve influida de manera destacada por los avances científicos y por las creencias religiosas. Por ello la afiliación religiosa constituye una de las variables con mayor capacidad de discriminación de las opiniones sobre la condición del embrión y el comienzo de la vida. Las mayores diferencias se observan entre los individuos que se reconocen como no creyentes y los creyentes (independientemente de la religión a que pertenezca)"; de hecho, eso es algo que constatan también nuestros resultados, en este marco, pues de lo que los datos indican -y a ellos nos remitimos- el reducir o disfrazar las convicciones morales y la religiosidad del ser humano a simple fanatismo, a prejuicios, a emociones mal reprimidas o a arrebatos irracionales es simplemente falso.

No obstante ello, y volvemos al informe citado ⁽³⁶⁵⁾ "la identidad religiosa, aunque importante, no implica una postura homogénea. Entre otras razones, por el distinto grado de seguimiento de los principios religiosos en cada país. Entre la población católica se observa pluralismo y variabilidad en las valoraciones de estas cuestiones".

Si dejamos, por un momento, el tema de la investigación con embriones humanos y nos acercamos a las percepciones y actitudes -también en Europa- hacia la Biotecnología aplicada a la agricultura y a la alimentación, como sucede p. ej. con los transgénicos, vemos como "en este caso, las reservas no son estrictamente de carácter moral, sino que se vinculan con una percepción de muy baja utilidad y un alto nivel de riesgo" ⁽³⁶⁶⁾.

Centrándonos otra vez en nuestra cuestión y en España, el ya varias veces manejado por nosotros informe del CIS ⁽³⁶⁷⁾ nos indica que perciben como Bastante o Muy peligrosas para las personas, la Biotecnología y la Ingeniería Genética, el 48,7 % de los sujetos; Poco peligroso el 25,2 %, Nada peligroso el 4,6 % y NS/NC el 21,5 %.

Pero, más elocuente aún -si cabe- son los resultados a la pregunta 28 del informe del CIS que nos permitimos transcribir, por su interés en este punto, al completo ⁽³⁶⁸⁾:

PREGUNTA 28

Siguiendo con este tema de los avances científicos, como Ud. seguramente sabe, hace ya algunos años que se consiguió la clonación de una oveja, la famosa oveja "Dolly", a partir de una célula de otra de su misma especie. ¿A Ud. personalmente, estos experimentos científicos le parecen algo muy positivo, más bien positivo, más bien negativo o muy negativo?

	%	(N)
Muy positivo	3.6	(89)
Más bien positivo	25.5	(635)
Más bien negativo	31.5	(786)
Muy negativo	23.5	(585)
N.S.	15.2	(378)
N.C.	0.8	(19)
TOTAL	100.0	(2492)

Como vemos, al 56,0 % de los sujetos estos experimentos le parecen "Más bien negativos o Muy negativos".

6.3.2.11.- Factor (Subescala) 10

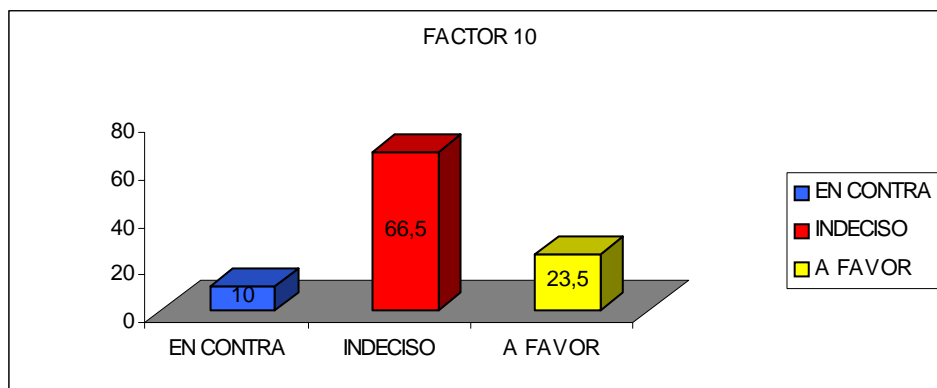
En contra:	67	10,0 %		
Indecisos:	446	66,5 %	$\bar{X} : 3,67$	$\sigma x: 1,26$
A favor:	158	23,5 %		

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

6	A favor
3-5	Indecisión
2	En contra

(Tablas 20 y 30)

En este Factor pasamos a analizar el razonamiento según el cual se dice que diferenciar clonación reproductiva y terapéutica es un mero ardid verbal y un simple e hipócrita calma-conciencias pues, además de que una llevaría a la otra, en el fondo son idénticas... razonamiento que también posee un peso propio en el debate y en el argumentario que se esgrime en la polémica bioética sobre la clonación ⁽³⁶⁹⁻³⁸⁷⁾; -como ya advertimos en el caso de los Factores 5 y 6, (puntos 6.3.2.6 y 6.3.2.7), y por los mismos motivos, los intervalos de las puntuaciones se ordenan al revés-.



Diferenciar clonación reproductiva y terapéutica es una verdadera trampa verbal y una hipocresía para calmar y aliviar las conciencias; además, una llevará a la otra.

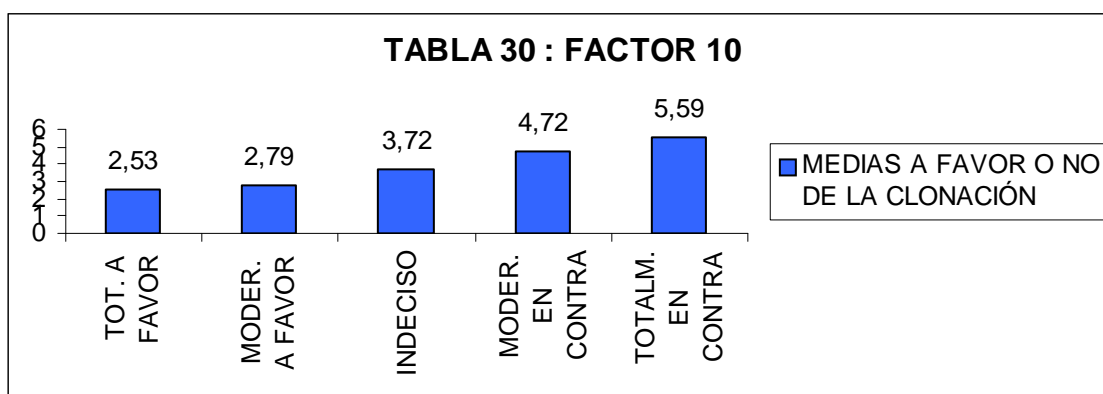
Aquí, como reflejan los datos y el gráfico, nos encontramos con uno de los niveles de indecisión más absolutos de todos los obtenidos en los diversos Factores que componen la Escala C (tan solo superado -como veremos en el punto siguiente- por el Factor 11); así,

vemos como el 66,5 % de los sujetos se encuentran indecisos al respecto; aunque son muy pocos (10,0 %) quienes niegan con rotundidad que el diferenciar ambos tipos de clonación sea una trampa verbal, manifestando el 23,5 % su aquiescencia con el argumento de que tal diferenciación es, en realidad, un mero ardid lingüístico para calmar conciencias.

Como ha venido sucediendo desde el principio, la tendencia central reflejada por la media (3,67) nos indica que la tónica general imperante es la más absoluta indecisión también.

Si atendemos, no obstante ello, a los subgrupos, vemos como las diferencias significativas en las distintas categorías se establecen, sobre todo, entre los que se consideran CREYENTES y PRACTICANTES y los que no, de modo que cuanto más creyente y practicante se es, más a favor se está del argumento de que ambos tipos de clonación son, a la postre, lo mismo; de igual modo -y esta vez sí- aparece una correlación lineal entre PREJUICIOS y estar a favor de tal argumento, de modo que cuanto más prejuicioso se sea más se acepta el que ambos tipos de clonación son la misma cosa y el diferenciarlos es solo un ardid verbal; lo cual concuerda con la descripción de la personalidad Prejuiciosa/Autoritaria dada por Adorno y su escuela, según la cual los sujetos con tal síndrome son -como vimos en el punto 4.3.3.1- dados al pensamiento estereotipado con inducciones incompletas y con dicotomías simples ⁽³⁸⁸⁻³⁹¹⁾_-.

Por último, en este análisis de las categorías en las que se han constatado diferencias significativas, vemos una vez más como la discriminación y diferenciación de los sujetos en este Factor es lineal y absoluta; de forma que cuanto más A FAVOR se está de la clonación más y con más énfasis se niega el razonamiento de que ambos tipos de clonación sean lo mismo y que tal diferenciación tan solo sea un hipócrita ardid calmaconciencias; mientras que cuanto más se está en contra, más se admite y con más bizarría que ambos tipos en el fondo son idénticos y que uno llevará a otro. Esta discriminación tan fina -pues se da en todos los intervalos de puntuaciones de la Escala C, como vemos en el gráfico- es, una vez más, un adecuado control de la sensibilidad y validez de la Escala -tal y como se predijo en su proceso de validación- ⁽³⁹²⁻³⁹⁴⁾ .



No tenemos ningún dato externo a nuestro trabajo -ni de España, ni de Europa ni de EEUU- para cotejarlo con los nuestros en este Factor; tal vez el reseñar tan solo que en las recientes declaraciones del divulgador científico E. Punset (ya comentadas otras veces en este análisis y discusión de los resultados) se ubica la no diferenciación de ambos tipos de clonaciones en el marco del desconocimiento y del miedo irracional, de modo que nos dice textualmente ⁽³⁹⁵⁾: "Es el momento de empezar a entender qué es eso de la clonación o, más correctamente, la reprogramación celular.

El trabajo que se está haciendo con seres humanos no consiste en crear nuevas personas. Eso se llama clonación reproductiva y está prohibida en casi todo el mundo (...) otra cosa muy distinta es la clonación con efectos terapéuticos (...)".

Como vemos, además de lo dicho, intenta poner un nuevo nombre (tal vez menos comprometido en su campo semántico y en sus connotaciones, como ha sucedido en otros campos sanitarios ⁻³⁹⁶⁻⁴⁰¹⁻) a la clonación terapéutica, llamándola "reprogramación celular" lo cual sí que podría parecer un verdadero ardid verbal (y sugerimos la posibilidad de alguna investigación al respecto); pero, no obstante ello, el argumento de que el no ver diferencias entre ambos tipos de clonación es simplemente fruto de la ignorancia, la irracionalidad, el miedo, etc, no lo sustentan nuestros datos pues -como hemos visto- en una población universitaria como la nuestra son más quienes sí admiten tal indiferenciación entre ambos tipos (23,5 %) que quienes niegan que sean lo mismo o idénticas en el fondo (10,0 %), no habiendo diferencias significativas entre Sanitarios y no Sanitarios; y -curiosamente- siendo los Doctores en Medicina -dentro de los NIVELES ACADÉMICOS- quienes más admiten que ambos tipos son similares y uno llevará al otro; no habiendo diferencias al respecto, tampoco, entre quienes admiten TENER CONOCIMIENTOS SUFICIENTES sobre el tema y quienes no.

6.3.2.12.- Factor (Subescala) 11

En contra:	146	21,8 %		
Indecisos:	459	68,4 %	\bar{X} : 19,04	σx : 3,7
A favor:	66	9,8 %		

INTERVALOS DE PUNTUACIÓN

22-27 En contra

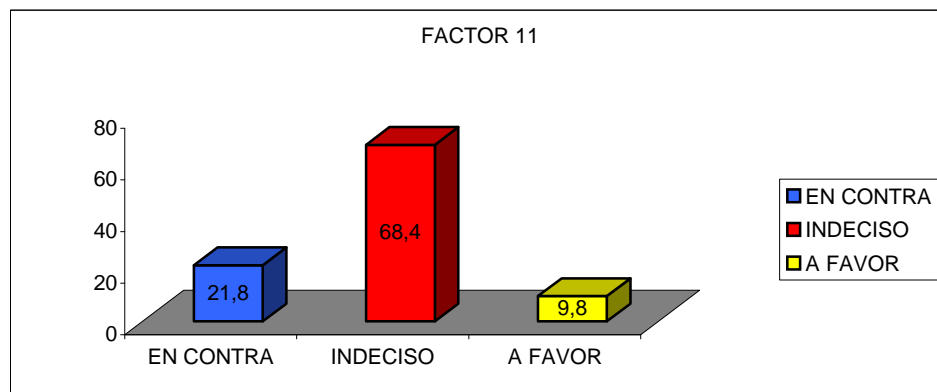
15-21 Indecisión

9-14 A favor

(Tablas 20 y 31)

Por último, presentamos el análisis de un Factor de tipo Transversal (esto es, conformado por ítems de otros factores) que incide, al margen de todo lo demás, en si se es partidario o no de la CLONACIÓN REPRODUCTIVA, independientemente de si se está o no a favor de la terapéutica; tema este que también plantea un capítulo especial en la polémica sobre la clonación humana ⁽⁴⁰²⁻⁴⁴⁷⁾.

Como nos ilustran los datos y el gráfico, y ya adelantábamos en el punto anterior, es el Factor en el que la indefinición e indecisión ha obtenido la mayoría absoluta más aplastante: el 68,4 % se manifiesta en posiciones de indefinición al respecto; aunque a favor de la clonación reproductiva tan solo se ha decantado un 9,8 % de los sujetos -siendo este el porcentaje menor a favor obtenido en todos los factores-, posicionándose claramente en contra el 21,8 % de los sujetos.

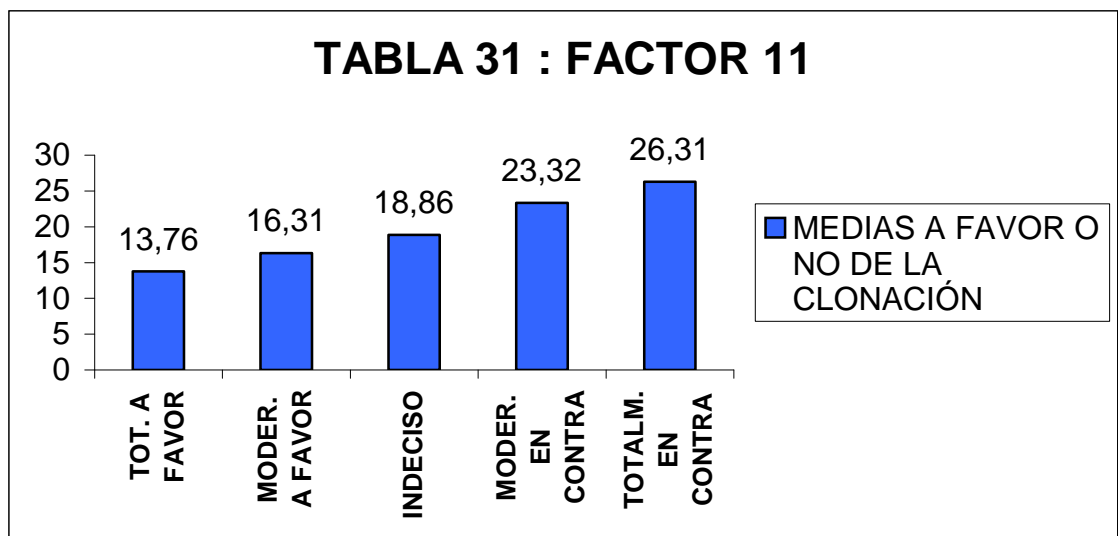


TRANSVERSAL: CLONACIÓN REPRODUCTIVA

La media (19,04) también nos indica que la tendencia central se define por la misma indecisión.

Pero, si pasamos al estudio y comparación de los diversos subgrupos y categorías, vemos que, dentro del P.S., los de Medicina están más en contra de la clonación reproductiva que los de Enfermería y, de igual modo, cuantos MÁS CONOCIMIENTOS sobre la clonación tienen más, se oponen los sujetos, también, a la reproductivas.

Como hasta ahora ha sucedido, y nos permite ver el gráfico, a medida que se es más CREYENTE y PRACTICANTE más se opone la población a la clonación reproductiva y; por último, tal y como ha sucedido en todos los Factores, cuanto más se avanza en un intervalo de puntuación a favor de la clonación en general, también se avanza a favor de la reproductiva; y, al contrario, cuanto más en contra se está de la clonación en general más en contra también se está de la otra; lo cual nos corrobora, también en este Factor transversal, la sensibilidad, fiabilidad y validez de la Escala C como ya comentábamos y augurábamos cuando la presentamos en distintos foros ⁽⁴⁴⁸⁻⁴⁵⁰⁾.



Si comparamos nuestros resultados con otros análisis y estudios, vemos como la oposición generalizada -incluso más rotunda que en nuestros datos- a la clonación reproductiva es universal y casi unánime; de hecho, el reciente artículo divulgativo de E. Punset al respecto -ya tantas veces comentado- nos dice ⁽⁴⁵¹⁾: "El trabajo que se está haciendo con seres humanos no consiste en crear nuevas personas. Eso se llama clonación reproductiva y está prohibida en casi todo el mundo (...). Para los humanos, además, no existe ninguna necesidad clínica de hacerlo".

Vimos, también, como en toda Europa la aplicación de la Ingeniería Genética aquí despierta serios temores, recelos y hasta ansiedad ⁽⁴⁵²⁻⁴⁵³⁾, incluso entre los no creyentes; de igual modo, en una reciente encuesta efectuada por el organismo Universia -de la que no conocemos, pues no la aporta, su ficha técnica- en 2005, se indica que el 62,87 % de los encuestados se oponen a este tipo de clonación.

Por último, centrándonos en España, según el reiteradamente manejado informe del CIS ⁽⁴⁵⁴⁾, vemos como el 70,2 % de la población entiende que se debería impedir la investigación sobre la clonación de seres humanos; llegando a decir el 76,3 % que "en concreto, en España se debería hacer alguna ley específica que impidiera o prohibiera la clonación de seres humanos".

Recordemos, como colofón de todo lo dicho, que de hecho "la clonación humana es el campo científico que más preocupa a los españoles" ⁽⁴⁵⁵⁾.

6.4.- RECAPITULACIÓN

"La palabra casualidad es una blasfemia; nada bajo el sol sucede por casualidad"
G. LESSING (La educación del género humano)

Una vez efectuado el análisis y la discusión de los resultados uno a uno, presentamos seguidamente una recapitulación que, a modo de resumen de lo más importante dicho en el análisis, nos permita obtener una visión global de los resultados obtenidos que nos conduzca a las conclusiones finales, en el capítulo siguiente.

A) En lo que se refiere a los RASGOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES de la muestra hemos podido comprobar que:

* En cuanto al **SEXO**, la muestra es EMINENTEMENTE FEMENINA (55,9 %), sobre todo entre el P.S. (58,4 %) -lo que avala el fenómeno conocido como "feminización de las Profesiones Sanitarias", siendo además las mujeres más jóvenes que los varones (lo que indica un acceso más reciente a los Estudios Superiores) y siendo menos numerosas las mujeres que los varones entre los Niveles Académicos Superiores (Doctores y Especialistas); de igual modo, las mujeres -dentro de una población eminentemente

creyente- son más creyentes y practicantes, aunque en el grupo extremo de los más creyentes y más practicantes hay más varones; por último, vemos como en sus opiniones hacia la clonación las mujeres son más indecisas, además de presentar menos conocimientos hacia el tema que los varones.

* En lo que respecta a la **EDAD**, trabajamos con una muestra joven (57,3% menos de 40 años), aunque, a medida que se avanza en la edad, más conocimientos acerca de la clonación se admiten tener y, sobre todo, más creyentes y practicante religioso se es.

* De igual modo, la mayoría (54,4 %), está casada, siendo los casados, en igualdad de condiciones, los más creyentes y menos prejuiciosos.

* Respecto al **NIVEL ACADÉMICO** -siendo todos universitarios-, abundan más los Diplomados (42,9 %), dado que es este nivel el que también es mayoritario en las plantillas del P.S.; se constata reiterada y significativamente el dato de que a mayor nivel académico, más conocimientos sobre la clonación se poseen, se es más creyente y practicante y se está más en contra de la clonación.

* En su inmensa mayoría, se trata de P.S. (82,1 %) -utilizándose el resto de los sujetos como muestra/control- que presentan más conocimientos sobre la clonación (sobre todo los alumnos sanitarios) que los no sanitarios (aunque, incluso entre el P.S., el desconocimiento sobre el tema es mayoritario); de igual modo, se reconocen y son más creyentes y practicantes los Sanitarios que los no Sanitarios, manifestándose más cautos e indecisos en sus opiniones hacia la clonación.

Se aprecia un claro envejecimiento entre las plantillas del P.S. -más entre los hombres y en el Hospital de Pta. del Mar-, y tiende a ser mayor en las Áreas Quirúrgicas.

* En lo tocante a los **CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA CLONACIÓN**, vemos como son escasos o inadecuados en el 68 % de los casos -recordemos que hablamos de sujetos universitarios y sanitarios en su mayoría-; se reconocen más conocimientos al respecto a medida que se es del extremo más joven o de los más mayores; de igual modo, los que presentan un menor conocimiento tienden a ser los más creyentes.

En cuanto a los prejuicios, se observa una relación curvilínea de modo que tienden a tener más conocimientos al respecto tanto los más prejuiciosos, como los menos.

Sí se constata en todos los casos y de forma significativa como el tener conocimientos sobre el tema correlaciona linealmente con tener familiares, allegados o él mismo, posibles beneficiarios de las técnicas de clonación. Por último, en este punto, se observa que cuanto

menos conocimientos se admiten, más indeciso se está en las actitudes y opiniones hacia la clonación.

* De forma similar a lo visto en los conocimientos (y dada la correlación ya descrita), los sujetos que reconocen tener **FAMILIARES POSIBLES BENEFICIARIOS DE LA CLONACIÓN** manifiestan más conocimientos sobre el tema y se muestran menos indecisos en sus actitudes al respecto... Curiosamente los sujetos con este rasgo sociodemográfico abundan más entre los No Sanitarios (tal vez porque el P.S. sea más escéptico a la hora de cifrar sus esperanzas en las probabilidades terapéuticas -a medio y corto plazo- de las técnicas de clonación).

* Pasando a la **RELIGIOSIDAD**, vemos como se reconoce creyente la inmensa mayoría de los sujetos (70,6 %) -más cuanto más mayor se es y más entre las mujeres, de hecho entre los jóvenes tan solo lo reconoce el 62,1 %- . Este porcentaje de creyentes crece significativamente entre el P.S. alcanzando al 83,8 % de los sujetos, aumentando también a medida que lo hace el Nivel Académico.

Aunque son algo menos prejuiciosos los no creyentes, no se constata ningún tipo de correlación entre Creencias Religiosas y Prejuicios (lo cual derrumba el tópico al respecto). Lo que sí se constata muy significativamente es que cuanto más creyente se reconoce un sujeto, más en contra suele estar de la clonación.

* Por último, centrándonos en la **PRÁCTICA RELIGIOSA**, vemos como el 17,0 % de los creyentes no practican sus creencias... de hecho practicante (moderado o frecuente) tan solo es el 60,0 % de la muestra analizada, siendo más practicantes los de más edad y las mujeres. De todos modos, este nivel medio de práctica es superior al de la población no universitaria y aumenta también a medida que lo hace el Nivel Académico, siendo más practicante -también- el P.S. que el no Sanitario.

Como antes vimos con las Creencias, no se constata ni comprueba ninguna correlación entre ser practicante y ser prejuicioso, aunque los practicantes sí están más en contra de la clonación.

B) Los resultados obtenidos en las ESCALAS Y CUESTIONARIOS han evidenciado que:

* Según los datos de la **ESCALA "F"**, se trata de una muestra poco prejuiciosa (el 51,9 % de los sujetos aparece sin Ningún Tipo de prejuicios y el 37,3 % como Levemente prejuicioso; siendo Bastante prejuicioso el 1,9% y resultando Muy prejuicioso un solo sujeto

-sin ningún valor estadístico-), lo cual evidencia una población pluralista y tolerante (no siendo esperable que baje a un cero absoluto el nivel de prejuicios habida cuenta que éstos se incardinan -a veces- en ciertos tipos de personalidades -Síndrome de la Personalidad Autoritaria- que tiene su prevalencia estadística en todas las sociedades).

Este bajo nivel de prejuicios desciende aún más a medida que aumenta el Nivel Académico, siendo, dentro del P.S., algo más prejuiciosos los de Enfermería que los de Medicina.

No se observa ninguna correlación entre ser prejuicioso y ser creyente y/o practicante (lo cual va en contra del tópico al respecto); de igual modo, a medida que se es más prejuicioso se tiende a ser más indeciso en las actitudes hacia la clonación, siendo los que se decantan claramente hacia ambos extremos (a favor y en contra) los menos prejuiciosos, lo cual también echa por tierra el estereotipo de que estar en contra de la clonación es algo propio de personalidades prejuiciosas... más aún, se observan -sin llegar a ser significativo- más sujetos bastante prejuiciosos entre los que están a favor que entre los que están en contra de la clonación.

* Atendiendo a la **ESCALA "R"**, nos encontramos con una población (aún estando conformada al completo por Universitarios y, en su mayoría, Sanitarios) eminentemente creyente, apareciendo como tales creyentes, en la Escala, más sujetos aún que los que se reconocen como tales -lo cual no es infrecuente porque algunos sujetos tienden a considerar "políticamente incorrecto" el autodefinirse y reconocerse como creyentes (de hecho según los datos de la Escala, tan solo aparecen como no creyentes un 17,9 % de los sujetos; mientras que se definían como no creyentes el 29,4 %)-.

El nivel y la prevalencia de las creencias religiosas aumenta a medida que lo hace la Edad y el Nivel Académico; de igual modo, las mujeres no solo tienden a reconocerse como más creyentes que los varones, sino que también lo son; sin embargo, en el nivel de Muy creyentes, los varones sobrepasan a las mujeres.

El P.S. ofrece un porcentaje de creyentes significativamente superior a los No Sanitarios -incluso entre los alumnos-, apareciendo, por ende, más creyentes entre los Hospitales que en la Facultad de F. y Letras y en la Escuela Superior de Ingeniería.

No se constata aquí tampoco -como antes vimos en la Escala "F"- ninguna correlación o varianza asociada entre ser creyente y ser prejuicioso; lo que sí se constata en todos los subgrupos y estratos es una clarísima y elevadísima correlación entre ser creyente y estar en contra de la clonación -de hecho apenas aparecen creyentes que estén a favor- lo cual no es tan claro en el otro extremo, pues -aunque sí se evidencia correlación entre no ser

creyente y estar a favor de ella- no son pocos los no creyentes que también están en contra de la clonación.

* Por último, en base a los datos que nos ofrece la **ESCALA "C"**, vemos que la INDECISIÓN (con un 51,1 % de todos los casos) es la tónica más generalizada en el tema de la clonación reafirmando, así, lo polémico y controvertido del tema; estando total y absolutamente en contra de ella el 5,8 % y totalmente a favor tan solo el 2,5 % -de hecho entre los que están totalmente a favor y moderadamente a favor, es decir el espectro más favorable i apenas suma el 30,0 % de todos los casos i...- esto no puede ser olvidado e ignorado a la hora de tomar decisiones políticas y legales al respecto.

Dentro de estas posturas generales, están algo más a favor los varones y los más jóvenes, estándose más en contra de la clonación cuanto mayor Nivel Académico se posee (de hecho son los Doctores quienes más se oponen).

Curiosamente, los No Sanitarios -dentro de la indecisión- están más a favor que los Sanitarios y, dentro de estos, están más a favor los de Enfermería que los de Medicina... En correlación con ello afloran focos de oposición mayores en los Hospitales que en los Centros Universitarios No Sanitarios analizados.

Cuanto más conocimientos se tienen al respecto, menor indecisión se manifiesta, pero ésto no se traduce en estar a favor, pues los que reconocen mayores conocimientos se decantan de forma similar por ambas opciones de estar claramente a favor o en contra de la clonación.

Sí se constata de forma rotunda y significativa, y esto es importante, una clara tendencia a estar a favor de la clonación si se tienen familiares o allegados que podrían beneficiarse de las técnicas de clonación (lo cual es un indicador de las expectativas que se están generando en torno a ella...) sobre todo entre los No Sanitarios, que son también los sujetos de este subgrupo quienes admiten, en mayor medida que los No Sanitarios, tener familiares etc en esa vicisitud.

No se evidencian correlaciones entre ser prejuicioso y estar en contra de la clonación -de hecho hay numerosos sujetos Bastante prejuiciosos entre los que se manifiestan a favor- lo cual vuelve a echar por tierra el supuesto tan divulgado (interesadamente a veces) de que las posturas de los que están en contra de la clonación tan solo ocultan prejuicios, a priori y juicios de valor más o menos reaccionarios.

Sí se constata -como vimos en la Escala "R"- fuertes correlaciones entre ser creyente y estar en contra de la clonación, lo que evidencia que las actitudes contrarias a la clonación

sí tienen mucho que ver con la Religiosidad, pero no necesariamente con planteamientos antiprogresistas, de ortodoxia rancia y estereotipadamente autoritarios/prejuiciosos -y recordemos una vez más que se trata de sujetos universitarios en su totalidad y mayoritariamente sanitarios-, (cosa distinta es que algunos, desde la más pura ignorancia y/o animadversión y curiosamente desde perspectivas que sí podrían catalogarse como prejuiciosas, consideren que la religiosidad y el sentimiento religioso sea tan solo el trasunto de una emotividad irreflexiva e irracional propia de mentes zafias, poco leídas, menos cultivadas y huérfanas del más mínimo hálito intelectual).

Para terminar este punto, veamos los RETRATOS ROBOTS o PERFILES TIPO de los sujetos Claramente a Favor y Claramente en Contra de la clonación.

<u>A FAVOR</u>	<u>EN CONTRA</u>
<ul style="list-style-type: none">* Varón* Alumno* Joven* No Sanitario* De Centros universitarios no sanitarios* Con adecuados conocimientos sobre la clonación* Con familiares, allegados o él mismo que podría beneficiarse con las técnicas de clonación* No creyentes ni practicantes	<ul style="list-style-type: none">* Mujer* Doctores* De más de 40 años* Sanitario* De Hospitales* Con adecuados conocimientos sobre la clonación* Sin familiares, allegados etc posibles beneficiarios de la clonación* Creyentes y Practicantes (aunque muchos de los que están en contra no lo son)

C) Pasando, en última instancia, a los datos que nos ofrecen los diversos **FACTORES/SUBESCALAS** de la Escala "C", vemos que:

* En el 1er. FACTOR, que aborda **si es o no una persona el embrión, y el propio concepto de "preembrión"**, vemos que la mayoría (50,8 %) está en indecisión al respecto. Ahora bien, a medida que aumenta el Nivel Académico, más se tiende a afirmar que el embrión es una persona, lo cual se admite más entre el P.S. y en los Hospitales.

Cuanto más Conocimientos tienen los sujetos sobre la clonación menos indecisos se muestran en sus opiniones en este Factor, decantándose algo más hacia el polo de que no es persona (aunque la indecisión también es la tónica entre los que admiten conocimientos suficientes al respecto).

De igual modo, a medida que se es más Creyente y Practicante, más se admite que el embrión es una persona -aunque no son pocos los no creyentes que también lo afirman-, mostrándose -por el contrario- los Prejuiciosos indecisos al respecto -e, incluso, apareciendo más prejuiciosos entre los que le niegan la condición de persona al embrión-, con lo que, vemos, que el admitir una condición moral en el embrión y que éste es persona no es simplemente propio de absurdos prejuicios.

De forma reiterada y especialmente significativa, se constata que cuanto más a favor se está de la clonación más se le niega el estatus de persona y la condición moral al embrión, tendiéndose a admitir el concepto de "preembrión"; mientras que cuanto más en contra se está, más se admite que el embrión, incluso el preimplantatorio, es una persona, un ser humano y un sujeto de derechos.

* En el 2º FACTOR, que analiza si la libertad de investigación y el avance científico deben estar por encima de todo y nunca se deben reprimir, la indecisión es también mayoritaria (51,6 %); siéndose más escéptico y menos favorable al cientifismo absoluto cuanto mayor es el Nivel académico que se posee (siendo los alumnos quienes con más énfasis apoyan la libertad absoluta de la ciencia).

Salvo en el caso -no significativo- del único sujeto Muy prejuicioso, no se constatan correlaciones entre ser prejuicioso o no y la opción en este Factor; sí vemos como los creyentes y practicantes son quienes mayores reservas plantean al principio de la libertad absoluta de la investigación y al derecho por encima de todo del avance científico.

Por último, se aprecia en todos los subgrupos una clara correlación entre estar a favor de la clonación y a favor de la libertad absoluta de la ciencia y la investigación; mientras que, los que se oponen a la clonación, tienden a ser más circunspectos y menos dados a admitir que el derecho a la experimentación y a la investigación sea absoluto y esté por encima de todo.

* En el 3er. FACTOR, que investiga si la clonación se justifica por sus fines, siendo la utilización de embriones un mal menor, asumible sobre todo si son sobrantes, vemos que la indecisión es aún mayor que hasta ahora, alcanzando al 60,4 % de los sujetos.

Cuanto más joven se es, más a favor se está del argumento utilitarista, al igual que también están más a favor del mismo quienes admiten tener familiares o allegados posibles beneficiarios de las técnicas de clonación; de igual modo, cuanto más conocimientos se tiene sobre el tema de la clonación (lo cual correlaciona con tener familiares o allegados en esa vicisitud) más a favor se está del utilitarismo y del uso de los embriones sobrantes, como mal menor.

Sin embargo, cuanto más aumenta el Nivel Académico más se rechaza este argumento utilitarista; de la misma manera, cuanto más creyente y practicante se es, más se rechaza el argumento de la justificación por el utilitarismo, aunque no son pocos los creyentes que opinen que la utilización de los embriones supernumerarios es un mal menor.

Por último, decir que se constata una fuerte correlación entre estar a favor de la clonación y estarlo también del argumento utilitarista analizado en este Factor; por el contrario, cuanto más en contra se está de la clonación, más en contra se está también de aceptar la justificación utilitarista.

* En el 4º FACTOR, en el que se debate si el derecho reproductivo y/o a la salud está por encima del derecho del embrión (sobre todo si es supernumerario), una vez más la indecisión es absoluta: el 60,8 %; aunque cuanto más conocimientos se tienen sobre la clonación y más nivel académico en menor medida se admite tal prelación de derechos; en el otro extremo, son los más jóvenes quienes con mayor rotundidad afirman que los derechos reproductivos y a la salud están por encima de los del embrión.

Sin embargo, cuanto más creyente y practicante se es, en todos los subgrupos, en menor medida se admite tal prelación de derechos.

Por último, vemos una vez más como, quienes más a favor se manifiestan de la clonación, en mayor medida están a favor de la prelación de derechos sobre los del embrión; mientras que los que se oponen a ello, también se oponen a la subordinación de los derechos del embrión a los otros.

* En el 5º FACTOR, en el que se considera si la clonación es una veterinización del ser humano o no y algo degradante, vemos como la indecisión no ocupa la mayoría absoluta (39,2 %) admitiendo tal degradación y veterinización casi el 38,0 % de los sujetos. Sin embargo, quienes tienen familiares o allegados posibles beneficiarios de la clonación no lo reconocen, así como tampoco lo hacen quienes manifiestan prejuicios.

En el otro extremo, son los creyentes y practicantes quienes con mayor fuerza subrayan la veterinización y degradación del ser humano con la clonación -aunque bastantes no creyentes también lo subrayan-.

Como hasta ahora ha sucedido, vemos que los que más a favor están de la clonación, menos lo están de que ésta sea algo degradante para el ser humano; en el otro polo, quienes más en contra están, en mayor medida admiten que la clonación sí supone una veterinización y degradación.

* En el 6º FACTOR, en el que se cuestiona si la clonación no es mala en sí, sino que depende de las intenciones o de su utilización, la indecisión -aún siendo mayoritaria- no alcanza la mayoría absoluta (41,9 %); admitiéndose más esta justificación por los fines entre los alumnos de Ciencias de la Salud y entre los Hospitales, y negándose más entre los creyentes y practicantes y a medida que se es más prejuicioso.

Una vez más, son quienes más a favor están de la clonación, quienes más admiten el argumento de la justificación por los fines; mientras que los que se oponen, rechazan totalmente tal justificación.

* En el 7º FACTOR, que plantea si el prohibir la investigación en clonación humana es propio del fanatismo y contrario al progreso, la indecisión vuelve a la posición de mayoría absoluta (60,5%); admitiendo la hipótesis del fanatismo, en mayor medida, los más jóvenes y los solteros; y, dentro de P.S., más los de Enfermería que los de Medicina; también tienden a admitir tal supuesto los sujetos con más conocimientos sobre la clonación. En el otro extremo, son los más creyentes y practicantes quienes más se oponen a la explicación en base al fanatismo (opción entre la que también se encuentran no pocos creyentes).

Sí se confirma una tendencia rotunda entre estar a favor de la clonación y apoyar la hipótesis del fanatismo, y estar en contra de ella y rechazarla.

* En el 8º FACTOR, se estudia el tema de las contradicciones e, incluso, hipocresías que pueden darse en ambas opciones respecto a la clonación, observándose como la indecisión alcanza el 66,2 %, negando tal posibilidad tan solo un 5,7 % de los sujetos. Curiosamente, cuanto más nivel académico se posee, menos se admite tales hipocresías y contradicciones, posición similar en la que se encuentran -dentro del P.S. - los de Medicina; de igual modo, cuanto más creyentes y practicante se es, más se niega tal contradicción.

Como ha sucedido hasta ahora, cuanto más a favor se está de la clonación, en mayor medida se admite la contradicción descrita; mientras que, cuanto más en contra se está, más se rechaza.

* En el 9º FACTOR, se pregunta si el miedo o inquietud ante la clonación humana es fruto de una respuesta irracional, emotiva y acientífica, apareciendo otra vez la indecisión como tónica general (52,3 %), aunque ha sido un factor poco discriminativo, habida cuenta que sólo se aprecian pautas claras mayoritarias entre los creyentes y practicantes -que recordemos, son la mayoría- que rechazan que los recelos hacia la clonación sean un mero fruto de la irracionalidad y la emotividad.

Una vez más, la diferenciación entre quienes están a favor y en contra de la clonación es absoluta, de modo que cuanto más a favor se está, más se acepta el argumento explicativo del miedo y la irracionalidad; mientras que, cuanto más en contra se está, más se rechaza tan simplista explicación.

* En el 10º FACTOR, se analiza si el diferenciar la clonación reproductiva de la terapéutica es una mera trampa verbal y si una llevará a la otra, alcanzándose aquí uno de los niveles de indecisión más elevados (66,5 %) y siendo los creyentes y practicantes, así como los más prejuiciosos -esta vez sí- quienes en mayor medida consideran que diferenciar ambos tipos es un mero ardid verbal.

De igual modo, la discriminación y diferenciación entre los que están a favor y en contra de la clonación, en este Factor, es lineal y absoluta; de modo que, cuanto más a favor se está, más se niega el que ambos tipos de clonación sean lo mismo; mientras que, cuanto más en contra se está, más se admite que el diferenciar ambos tipos es una artimaña calmaconciencias, y que una llevará a la otra.

* En el 11º FACTOR, que incide en si se es partidario o no de la clonación reproductiva, vemos como la indecisión ha sido la más llamativa de todos los factores: el 68,4 % se muestra en la más pura indecisión al respecto, estando a favor tan solo el 9,8 % de los sujetos. Se decantan más en contra, dentro del P.S., los de Medicina; estándose más en contra cuanto más conocimientos se tienen al respecto y cuanto más creyente y practicante se es -aunque muchísimos de los no creyentes también se manifiestan en contra-.

Como ha sucedido en todos los casos, para finalizar, cuanto más a favor se está de la clonación en general, más se tiende a estarlo también de la reproductiva; y, al contrario, cuanto más en contra se está de la una, más en contra se está también de la otra.

Este último resultado de cada factor corrobora y reafirma, a su vez, la adecuada fiabilidad, validez y sensibilidad de la Escala "C", que se constata así como un Instrumento especialmente útil y adecuado para medir las Actitudes hacia la Clonación Humana.

VII- CONCLUSIONES

"Saber y saberlo demostrar es saber dos veces"
B. GRACIÁN (Agudeza y arte de ingenio)

Habiendo profundizado en el análisis y discusión de los resultados volcados en esta tesis, y tras su recapitulación, es preciso ahora -como colofón obligado- el concretar los datos más significativos extraídos de los mismos configurando así las conclusiones. Para ello, y para facilitar lo que ha sido el recorrido, las dividiremos en los tres grandes bloques que conforman la tesis: LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES, LOS RESULTADOS DE LAS ESCALAS Y CUESTIONARIOS Y LOS DATOS OBTENIDOS EN LOS FACTORES DE LA ESCALA "C"; todo ello generalizable, en gran medida, al P.S. gaditano a tenor de la muestra con la que hemos trabajado.

A) Respecto a los FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES cabe decir que:

1º.- Se trata de una distribución muestral con un predominio eminentemente FEMENINO, lo que corrobora lo que viene conociéndose como feminización del P.S.; aunque las mujeres son menos numerosas en los Niveles Académicos Superiores lo que, unido a que como media son más jóvenes, evidencia que el acceso a los Estudios Superiores ha sido en ellas más tardío y reciente.

2º.- Todos los sujetos son UNIVERSITARIOS y en su inmensa mayoría SANITARIOS, pero a mayor Nivel Académico son más creyentes y practicantes, presentan más conocimientos sobre la clonación y tienden a mostrarse más críticos y en contra de ella.

3º.- El P.S. tiende a ser más creyente y practicante que los No Sanitarios, suele presentar más Conocimientos sobre el tema de la clonación y suele ser más cauto y menos definido en sus actitudes hacia ella que los No Sanitarios.

3.1.- Es de destacar el que se constata, en los Hospitales, un claro envejecimiento de sus plantillas Profesionales, sobre todo en las Áreas Quirúrgicas.

4º.- En general, incluso entre el P.S., los CONOCIMIENTOS que se reconocen acerca de la clonación suelen ser escasos o insuficientes (aunque estos conocimientos aumentan entre los más jóvenes y entre los de niveles académicos superiores); siendo normalmente más indecisos en sus actitudes hacia la clonación los de menores conocimientos.

4.1.- Destaca la correlación, constatada en todos los subgrupos, entre tener conocimientos acerca de ella y, de igual modo, tener familiares, allegados etc posibles beneficiarios de las técnicas de clonación; esto es más destacable, sobre todo, entre los no Sanitarios.

5º.- Atendiendo a la RELIGIOSIDAD, vemos como la inmensa mayoría de los sujetos son creyentes, aumentando el nivel de creencia religiosa a medida que lo hace la Edad y el Nivel académico. De igual modo -dentro de una tónica general de sujetos creyentes- lo son más las mujeres y el P.S.

5.1.- Frente al tópico tan divulgado, no se aprecia ninguna correlación entre Creencias Religiosas y Prejuicios.

6º.- Por último, en este apartado, vemos como la PRÁCTICA RELIGIOSA es menor al Nivel de Creencias presentado -aún siendo mayor que el de la población no universitaria-, aumentando tales prácticas con la Edad, en las Mujeres y a medida que aumenta el Nivel Académico; de igual modo, el P.S. suele practicar más que el No Sanitario.

6.1.- Tampoco se ha evidenciado ningún tipo de correlación entre ser Practicante Religioso y ser Prejuicioso.

B) Respecto a las ESCALAS Y CUESTIONARIOS podemos concluir que:

1º.- Atendiendo a la ESCALA "F", nos encontramos con unos sujetos poco prejuiciosos, lo que evidencia una población pluralista y tolerante, disminuyendo -incluso- la prevalencia de prejuicios a medida que aumenta el Nivel Académico.

Cuanto más prejuicioso se es más indeciso se tiende a ser respecto a la clonación, mientras que manifestarse en contra de ésta no correlaciona con ser prejuicioso; tampoco correlaciona el poseer una personalidad prejuiciosa/autoritaria con la religiosidad ni con la práctica religiosa.

2º.- En lo tocante a la ESCALA "R", vemos que los sujetos son eminentemente creyentes -más aún que lo que se admite serlo- aumentando el nivel de creencias a medida que lo hace la Edad y el Nivel Académico, en las Mujeres (aunque en los niveles de máxima Religiosidad predominan proporcionalmente los Varones) y en el P.S., incluso entre los alumnos.

2.1.- La presencia de Creencias Religiosas no correlaciona con ser Prejuicioso en la Escala "F", lo que sí correlaciona claramente es el estar en Contra de la Clonación y el presentar Creencias Religiosas-aunque, en el otro extremo, la correlación no es tan clara, pues muchos de los que se oponen a la clonación no son creyentes-.

3º.- En lo que respecta a la ESCALA "C", la indecisión en las actitudes hacia la clonación constituye la pauta y tónica dominante, estando a favor de ella -aún sumando los moderadamente a favor- apenas el 30% de los casos -lo cual corrobora lo polémico, controvertido y espinoso del tema- siendo éste un dato que no debe olvidarse a la hora de legislar sobre el asunto-. (Es de resaltar que más del 80% de los sujetos -en el estudio piloto- se manifestaba a favor de que el P.S. pudiera objetar conciencia en este tema si algún día se permitieran las técnicas de clonación).

Dentro de esta postura general, tienden a estar algo más a favor los Varones y los más Jóvenes, estándose más en contra cuanto más Nivel Académico se tiene; curiosamente, los No Sanitarios suelen estar más a favor que los Sanitarios y, dentro de éstos, más los de Enfermería que los de Medicina.

3.1.- Sí se constata de forma muy significativa el estar a favor de la clonación si se tienen Familiares o Allegados que podrían beneficiarse de ella, sobre todo entre los No Sanitarios.

3.2.- De igual modo, aparecen fuertes y significativas correlaciones entre ser Creyente y estar en Contra de la Clonación lo que evidencia que las actitudes contrarias a la

clonación sí tienen mucho que ver con la Religiosidad, pero no con planteamientos antiprogresistas o estereotipos autoritarios/prejuiciosos pues no correlacionan con el estar en contra de la clonación. De hecho, el rasgo de la RELIGIOSIDAD es el elemento más discriminativo a la hora de predecir si se está a favor o en contra de la clonación.

3.3.- Así, el PERFIL TIPO O RETRATO ROBOT de los sujetos claramente a Favor y Claramente en Contra de la clonación sería:

- A FAVOR: Varones, Alumnos Jóvenes, No Sanitarios, de Centros Universitarios No Sanitarios, con adecuados Conocimientos sobre la Clonación, con Familiares, Allegados o ellos mismos posibles beneficiarios de las técnicas de clonación y No Creyentes ni Practicantes.
- EN CONTRA: Mujeres, Doctores, de más de 40 años, Sanitarios de Hospitales, con adecuados Conocimientos sobre la Clonación, sin Familiares, Allegados etc posibles beneficiarios de la clonación y Creyentes y Practicantes (aunque muchos de los que están en contra no lo son).

C) Centrándonos, en última instancia, en los datos que nos ofrecen los diversos FACTORES/SUBESCALAS de la Escala "C", vemos que:

1º.- La indecisión es la tónica general y dominante en todos y cada uno de ellos.

2º.- No obstante ello, a medida que se está más A FAVOR de la clonación más se tiende a admitir y afirmar que:

- El embrión no es una persona y es válido el concepto de preembrión.
- La libertad de investigación y del avance científico deben estar por encima de todo y nunca se deben reprimir.
- La clonación se justifica por sus fines, siendo un mal menor la utilización de embriones -sobre todo si son supernumerarios o sobrantes-.
- El derecho reproductivo y/o a la salud están por encima del derecho del embrión.
- La clonación no supone una veterinización del ser humano, ni es algo degradante.
- De igual modo, no es mala en sí si no que depende de su utilización.
- El prohibirla es propio del fanatismo y del antiprogresismo.
- Existen contradicciones y ciertas hipocresías en ambas posturas sobre la clonación.
- El miedo o inquietud ante la clonación es fruto de una respuesta irracional, emotiva y acientífica; y,

- Se debe diferenciar entre clonación Terapéutica y Reproductiva, no teniendo por qué llevar una a la otra.

3º.- En el otro extremo, a medida que se está MÁS EN CONTRA de la clonación, más se tiende a admitir y afirmar que:

- El embrión sí es una persona, debiéndose rechazar el concepto de preembrión.
- La libertad de investigación y del avance científico no son bienes absolutos por encima de todo, pudiéndose regular en diversos casos.
- La clonación no se justifica por sus fines (aunque en el caso de los embriones supernumerarios a veces se admite su utilización como mal menor).
- Los derechos reproductivos y a la salud no están por encima de los derechos de los embriones.
- La clonación humana constituye una veterinización y una degradación del ser humano.
- La clonación humana mediante la fabricación y destrucción de embriones es rechazable en sí misma sea cual sea su utilización o sus fines.
- El estar en contra de la clonación no implica ser fanático o antiprogresista.
- No tiene por qué existir contradicciones o hipocresías al oponerse a la clonación.
- La oposición a la clonación no es necesariamente un mero fruto del miedo irracional o de posturas acientíficas; y,
- La clonación Terapéuticas y Reproductiva a la postre son lo mismo y una llevará a la otra, luego el diferenciarlas semánticamente es un mero ardid lingüístico.

4º.- Los elementos y rasgos más diferenciadores entre estar a Favor o en Contra, en todos los FACTORES, han resultado ser el Nivel Académico, el ser o no P.S., el tener Familiares o Allegados posibles Beneficiarios y, sobre todo, la Religiosidad; no apareciendo ninguna correlación entre ser Prejuicioso y estar en Contra.

5º.- Se constata, por último, la adecuada Fiabilidad, Validez y Sensibilidad de la Escala "C" y sus Factores, lo que la convierte en un Instrumento útil y adecuado para medir y discriminar las Actitudes hacia la Clonación Humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I) INTRODUCCIÓN

- 1.- **BENÍTEZ J (coord.):** *Genética Humana en el tercer milenio* (Prólogo). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 2.- **HEESOK C:** Todo fue mentira en Corea (reportaje). La Voz -Agencia Vocento-. 13/01/2006.
- 3.- **ANÓNIMO:** Noticias científicas. Jano On-Line, disponible en <http://db.doyma.es/agi-bin/wdbegi.exe/doyma/press.10/12/2005>.
- 4.- **PARDO R:** Estudio de percepciones y actitudes hacia la Biotecnología en Europa. Unidad de Estudios de Opinión Pública de la Fundación BBVA. Fundación BBVA. 2003.
- 5.- **ANÓNIMO:** Encuestas sobre clonación humana con resultados contrapuestos. Jano On-Line, disponible en <http://db.doyma.es/agi-bin/wdbegi.exe/doyma/press.30/04/2002>.
- 6.- **TALAVERA P:** Patentes sobre genes humanos: Entre el derecho, el mercado y la ética. Cuadernos de Bioética (monográfico sobre Células Madre: Un estudio científico, ético y jurídico) XV (54): 213-255, 2004.
- 7.- **MARTÍNEZ C -Director del Departamento de Inmunología y Oncología del Centro Nacional de Biotecnología/CSIC -:** Declaraciones en Entrevista. El Mundo (Suplemento Cultural). 19/12/2001.
- 8.- **LOZANO M:** Frankenstein S.A. (Tribuna Libre). Diario de Cádiz, 22/2/2004.
- 9.- **NUSSBAUM M y SUNSTEIN C:** Clones y Clones. Hechos y fantasías sobre la clonación humana. Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 10.- **FRAKFUTER ALLGEMEINE ZEITUNG -citado por GUILLEBAUD JC-:** El principio de Humanidad. Espasa-Fórum. Madrid, 2002.
- 11.- **RUIZ E:** Entre el científicismo y el mito de la "eterna juventud". Cuadernos de Bioética (monográfico sobre Células Madre: Un estudio científico, ético y jurídico) XV (54): 179-192, 2004.
- 12.- **WEBER M:** El político y el científico. Alianza Editorial. Madrid, 1996.
- 13.- **WILMUT I, CAMPBELL K y TUDGE C:** La segunda creación: De Dolly a la clonación humana. Ediciones B. Barcelona, 2000.
- 14.- **GONZÁLEZ G:** El imperativo tecnológico: Una alternativa desde el humanismo. Cuadernos de Bioética (Especial Biotecnología y Derechos Humanos) XV (53): 37-57, 2004.
- 15.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** La clonación humana. Ed. Ariel. Barcelona, 2002.

- 16.- **PALACIOS M:** Consideraciones sobre la clonación, en J Benítez, *Genética humana en el tercer milenio* (pp 31-53). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 17.- **SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (SIBI):** Declaración Bioética de Gijón. Grafymak S.L. Gijón, 2000.
- 18.- **NAVARRO-VALLS R:** La objeción de conciencia científica. *El Mundo*. 21/09/2005.
- 19.- **CUYAS M:** Dignidad de la persona y el estatuto del embrión humano. *Labor Hospitalaria XXII* (218): 334-338, 1990.
- 20.- **SERANI A:** El estatuto antropológico y ético del embrión humano. *Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII* (31): 1063-1074, 1997.
- 21.- **PARDO A:** Panorama histórico en torno a las diversas teorías sobre el comienzo de la vida humana. *Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII* (31): 1104-1112, 1997.
- 22.- **VALLS R:** Ética para enfermería. Ed. Rol. Barcelona, 2000.
- 23.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Presentación de un cuestionario para medir las actitudes del P.S. hacia la clonación, en JM Alberca (edit.) 9º Congreso Nacional de Ps. Clínica y de la Salud. Libro de Resúmenes (pp 50-53). Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Madrid, 2004.
- 24.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** Dimensiones que estructuran las actitudes del Personal de Enfermería hacia la clonación, obtenidas a través de la validación de un instrumento. Libro de Ponencias del IX Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Formato electrónico). Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. Madrid, 2005.
- 25.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** The relevance of and analysis of the attitudes of Medical Staff (MS) Towards Human Cloning. Presentation of the initial desing of a study. 9 th European Congress of Psychology (Libro de resúmenes. Formato electrónico). Granada, 2005.
- 26.- **GALA FJ, LUPIANI M, DÍAZ M et al:** Actitudes hacia el SIDA entre profesionales sanitarios. *Scientia VIII* (1): 51-60, 1997.
- 27.- **PÉREZ M, DOMÍNGUEZ JM, MURILLO F y NÚÑEZ A:** Actitudes del Personal Sanitario hacia la donación de órganos. *Rev. de Ps. de la Salud V* (1): 3-18, 1993.
- 28.- **GALA FJ, GUILLÉN C, LUPIANI M et al:** Actitudes hacia la muerte en el P.S. según sus creencias religiosas. *Encuentros en Ps. Social I* (3): 19-26, 2003.

- 29.- LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al: Evaluation of the attitudes of Medical Staff towards cloning. 9 th European Congress of Psychology (Libro de resúmenes. Formato electrónico). Granada, 2005
- 30.- FUNDACIÓN BBVA: Encuesta Europea sobre Biotecnología. Madrid, 2003.
- 31.- LEJEUNE J: Manipulación genética, La voz de Galicia 4/4/1980 -citado por BARRIOS B- Aspectos éticos de los pesquisajes genéticos. Cuadernos de Bioética (Especial sobre Genética y Clonación) X (38): 439-446, 1999.

II) MARCO TEÓRICO

2.1.- LAS ACTITUDES

- 1.- **BRAZA P:** Las actitudes sociales, en C Guillén y R Guil (coord.), Psicología del Trabajo para las Relaciones Laborales (pp 63-85). Ed. Mc Graw-hill. Madrid, 1999.
- 2.- **EISER J:** Psicología Social: actitudes, cogniciones y conducta social. Ed. Pirámide. Madrid, 1989.
- 3.- **PAINE R, WALL T, BORRILL C y CARTER A:** Strain as moderador of the relation between work characteristics and work attitudes. Journal of Occupational Health Psychology, 4(1): 3-14, 1999
- 4.- **CAMPBELL D:** Social attitudes and other acquired behavioral disposition, en S Koch (ed.) Psychology (vol. 6). Ed. Mc Graw-Hill. Nueva Yrk, 1973.
- 5.- **ALLPORT G:** Attitudes, en C Murrison (ed.) Handbook of Social Psychology (pp 798-844). Clark University Press. Worcester, 1935.
- 6.- **FISHBEIN M y AZJEN I:** Belief, attitud, intention and behavior: Introduction to theory and research. Addisin Wesley. Reading Mass, 1975.
- 7.- **BERKOWITZ L:** Social Psychology. Ed. Scott Foresman (Bleuviews). Illinois, 1972.
- 8.- **BRAZA P:** Op. Cit. 1999.
- 9.- **KATZ D:** Psicología Social de las Organizaciones. Ed. Trillas. México, 1976.
- 10.- **PASTOR G:** Conducta interpersonal: Ensayo de Psicología Social Sistemática. Universidad Pontificia. Salamanca, 1983.
- 11.- **RODRÍGUEZ A:** Interpretación de las actitudes en, A Rodríguez y J Seoane, Creencias, Actitudes y Valores. Vol 7 del Tratado de Ps. General de J Mayor y J Pinillos (edits.). Alhambra Universidad. Madrid, 1989.
- 12.- **HERRERA M y SEOANE J:** Actitudes e ideología política, en A Rodríguez y J Seoane, Creencias, Actitudes y Valores. Vol 7 del Tratado de Ps. General de J Mayor y J Pinillos (edits.). Alhambra Universidad. Madrid, 1989.
- 13.- **KATS D:** El enfoque funcional en el estudio de las actitudes, en J Torregrosa y E Crespo, Estudios básicos de Ps. Social (pp 261-276). Ed. Morata. Madrid, 1995.
- 14.- **KATS D:** Ibidem, 1995.
- 15.- **SMITH M:** Opinions and personality. Wiley and Sons. Nueva York, 1980.
- 16.- **KELMAN H:** The role of action in attitude change. Ed. M. Page. Nueva York, 1980.
- 17.- **HOOPER R -citado por EISER J-:** Op. Cit. 1989.

- 18.- **FLUGEL F**: Influencia de la familia en las actitudes fundamentales, en K Young (edit.), *Psicología de las Actitudes* (pp 123-159). Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972.
- 19.- **LUPIANI M, GALA FJ, DÍAZ M et al**: Los prejuicios: contaminantes ideológicos-psicológicos ambientales, en *VVAA, Salud y Medio Ambiente*, (pp 57-73). Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1996.
- 20.- **GALA FJ, LUPIANI M y GUILLÉN C**: Las actitudes y la conducta interpersonal, en C Jiménez (Edit.), *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud I*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba (en prensa).
- 21.- **SUMMER G (edit.)**: *Medición de las actitudes*. Ed. Trillas (3ª edic.). México, 1982.
- 22.- **COOK S y SELTZER C**: Enfoque de indicadores múltiples en la medición de actitudes, en G Summer (edit.); *Medición de las actitudes*. Ed. Trillas (3ª edic.). México, 1982.
- 23.- **GALA FJ**: Actitudes en torno al SIDA: Un análisis de la población de Enfermería de la provincia de Cádiz. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1993.
- 24.- **JARA P y ROSEL J**: *Medición en Ciencias de la Salud*, en E Fernández-Abascal y F Palmero, *Emociones y Salud* (pp 19-47). Ed. Ariel. Barcelona, 1999.
- 25.- **CROCKER LM y ALGINA J**: *Introduction to classical and modern test theory*. Ed. Holt, Rinehart and Winston. Nueva York, 1986.
- 26.- **CANTERO FJ, LEÓN JM y BARRIGA S**: Actitudes: naturaleza, formación y cambio, en JM León, S Barriga, T Gómez et al (edits.), *Psicología Social* (pp 117-131). Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1998.
- 27.- **CANTERO FJ, LEÓN JM y BARRIGA S**: Ibidem, 1998.
- 28.- **CANTERO FJ, LEÓN JM y BARRIGA S**: Ibidem, 1998.
- 29.- **GARZÓN A**: *Técnicas instrumentales: Psicología Social*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia. Valencia, 1984.
- 30.- **COOK S y SELTZER C**: A multiple-indicator approach to attitude measurement. *Psychol. Bull.* 62: 36-55, 1964.
- 31.- **CACIOPPO J y PETTY R**: Attitudes and cognitive response: An electrophysiological approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 37 (12): 2181-2199, 1979.
- 32.- **GALA FJ, LUPIANI M y GUILLÉN C**: Op. Cit, en prensa

33.- PAGEL M y DAVIDSON A: A comparison of three social-psychological models of attitude and behavioral plan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47: 517-533, 1984.

34.- FAZIO R y WILLIAMS C: Attitude accessibility as a moderator of the attitude perception and attitude behavior relations: An investigation of the 1984 presidential election. *Journ. of Person. and Soc. Psych.* 51: 505-514, 1986.

2.2.- LA CLONACIÓN

- 1.- **Mc LUHAN M:** ¿Hacia dónde se encamina el mundo?. Ed. Siglo XXI de España. Madrid, 1980.
- 2.- **LLOMPART J (coord.):** Qué podemos esperar de la genética. Círculo de Lectores. Barcelona, 2002.
- 3.- **DANTE A:** La Divina Comedia (canto XV -Infierno-). Ed. Libsa, S.A. (Alba)
-Grandes obras de la literatura-. Madrid, 1996.
- 4.- **KLERMAN G -citado por OLIVARES M^ºE y CRUZADOJ A-:** Tristeza y depresión en el cáncer, en F Palmero y E Fernández-Abascal, Emociones y adaptación (pp 143-161). Ed. Ariel. Barcelona, 1998.
- 5.- **LLOMPART J (coord.):** Op. Cit. 2002.
- 6.- **KÜNG H:** En busca de nuestras huellas. Randon House Mondadori. Barcelona, 2004
- 7.- **KLUG W y CUMMINGS M:** Conceptos de genética. Ed. Prentice Halls. Madrid, 1999.
- 8.- **KELLER EF:** El siglo del gen: Cien años de pensamiento genético. Ed. Península. Barcelona, 2002.
- 9.- **REBORDINOS L:** Impronta genómica: La genética desconocida. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz, 2002.
- 10.- **VAN DER BERGHE H:** ¿Por quién nos interesaremos en el futuro?. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética y clonación) X (38): 433-437, 1999.
- 11.- **JAN RYN Z:** La clonación humana. Aspectos Psicológicos y Antropológicos. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética clonación y ética) XI (43): 329-337, 2000.
- 12.- **MÁRQUEZ D:** Células madre: La Revolución de la Biomedicina. Andalucía investiga 1: 5-10, 2003.
- 13.- **NATIONAL BIOETHICS ADVISORY COMMISSION (NBAC):** Ciencia y aplicación de la clonación, en M. Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones (pp 39-48). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 14.- **PALACIOS M:** Consideraciones sobre la clonación, en J Benítez (coord.), Genética Humana en el tercer milenio (pp 31-53). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 15.- **NBAC:** Op. Cit. 2000.
- 16.- **RIDLEY M:** Evolution (2ª edic.). Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1996.

- 17.- **BOADA M, DEXEUS S y BARRI P:** Clonación en reproducción asistida. SIBI 3 (enero-junio). 2000.
- 18.- **WILMUT I, CAMPBELL K y TUDGE C:** La segunda creación: De Dolloy a la clonación humana. Ediciones B. Barcelona, 2000.
- 19.- **NBAC:** Informe sobre la clonación humana (Cloning Human Beings: An Assessment of the Ethical Issues Pro and Con). Gobierno de los Estados Unidos. Washington DC, 1997.
- 20.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** La clonación humana. Ed. Ariel. Barcelona, 2002.
- 21.- **NBAC:** Op. Cit. 2000.
- 22.- **BROMHALL J:** Nuclear transplantation in the rabbit egg. *Nature* 258: 719-721, 1975.
- 23.- **McGRATH J y SOLTER D:** Nuclear transplantation in the mouse embryo by microsurgery and cell fusion. *Science* 220: 1300-1302, 1983.
- 24.- **McGRATH J y SOLTER D:** Inability of mouse blastomere nuclei transferred to enucleated zygotes to support development in vitro. *Science* 226: 1317-1318, 1984.
- 25.- **DI BERNARDINO M:** Genomic potential of differentiated cells. Columbia University Press. New York, 1997.
- 26.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 27.- **CAMPBELL K, McWIR J, RITCHIE W y WILMUT I:** Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cells line, *Nature* vol. 385: 810-813, 1997.
- 28.- **NBAC:** Op. Cit. 2000.
- 29.- **SCHNIEKET T et al:** Human factor IX transgenic sheep fetal fibroblasts, *Science*, 278: 2130-2133, 1997.
- 30.- **CHAN A, DOMINKO T, LUETJENS C, NEUBER E et al:** Clonal propagation of primate offspring by embryo splitting, *Science* 287 (5451): 317-319, 2000.
- 31.- **SIMERLY C y SCHATTEN G:** Molecular correlates of primate nuclear transfer failures. *Science* 300: 297, 2003.
- 32.- **LÓPEZ N:** ¿Clones humanos?. *Cuadernos de Bioética*. (XV) 55: 385-404, 2004.
- 33.- **SIMERLY C y SCHATTER G:** Op. Cit. 2003
- 34.- **NBAC:** Op. Cit. 2000.
- 35.- **LÓPEZ M:** Clonación humana reproductiva y terapéutica. *Cuadernos de Bioética* (Edición especial sobre Genética, clonación y ética) XI (43): 339-345. 2000.
- 36.- **COLOM BR:** Orígenes de la diversidad humana. Ed. Pirámide. Madrid, 1997.

- 37.- **FERNÁNDEZ E:** Explicaciones sobre el desarrollo humano. Ed. Pirámide. Madrid, 2000.
- 38.- **GALTON F:** Hereditary genius. Londres, 1869.
- 39.- **PINILLOS JL:** Principios de Psicología (Desarrollo y Diferenciación: pp 619-680). Alianza Editorial. Madrid, 1998.
- 40.- **ENGEL G:** The clinical application of the biopsychosocial model. Amer. J. of Pshychiatry, 137: 535-544, 1980.
- 41.- **EYSENCK H:** Personalidad y diferencias individuales. Ed. Pirámide (2ª edic.). Madrid, 2000.
- 42.- **LLOMPART J:** (Entrevista con el prof. S Grisolia, pp 25-63), ¿Qué podemos esperar de la genética?. Círculo de Lectores. Barcelona, 2002.
- 43.- **NBAC:** Op. Cit. 2000.
- 44.- **PALACIOS M:** Op. Cit. 2002.
- 45.- **LÓPEZ N:** Uso terapéutico e investigación con células troncales humanas: Racionalidad científica. Cuadernos de Bioética (XV) 53: 77-97, 2004.
- 46.- **MÁRQUEZ D:** Op. Cit. 2003.
- 47.- **GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al** (Grupo de Investigación de Biología Celular y Molecular del Dpto. de Biología Celular, Fisiología e Inmunología de la Universidad de Córdoba): Obtención de células madre y su aplicación terapéutica. Andalucía Investiga (Monográfico sobre Células Madre). Abril, 2003.
- 48.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 49.- **DONOVAN P y GEARTHART J:** The end of the beginning for pluripotent stem cells, Nature 414: 92-97, 2001.
- 50.- **GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al:** Op. Cit. 2003.
- 51.- **GARCÍA JP y DELGADO E:** Células pluripotentes, su plasticidad y potencial terapéutico. Boletín SEBBM 134: 13-14, 2002.
- 52.- **EVANS M:** The insolation and properties of a clonal tissne culture strain of pluriotent mouse teratoma cells. J Embryol. Exp. Morphol. 28: 163-176, 1972.
- 53.- **EVANS M y KAUFMAN M:** Establishment in culture of pluripotential cells from mouse embryos. Nature, 292: 154-156, 1981.
- 54.- **GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al:** Op. Cit. 2003.
- 55.- **SHAMBLOTT M y GEARHART J:** Derivation of pluripotent stem cells from cultured human primordial germ cells. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 95: 13726-13731, 1998.

- 56.- BJORNSON C, RIETZE R, REYNOLDS B, MAGLI M y VESCOVI A: Turning brain in to blood: a hematopoietic fate adopted by adult neural stem cells in vivo. *Science*, 283: 534-537, 1999.
- 57.- MEZEY E, CHANDROSS K, HARTA G et al: Turning blood into brain: cells bearing neuronal antigens generated in vivo from bone marrow. *Science*, 290: 1779-1782, 2000.
- 58.- CLARKE D, JOHANSSON C, WILBERTZ J et al: Generalized potential of adult neural stem cells. *Science* 288: 1660-1663, 2000.
- 59.- THEISE N et al: Liver form bone marrow in humans. *Hepatology*, 32: 11-16, 2000.
- 60.- ALISON M et al: Cell differentiation: hepatocytes from non hepatic adult stem cells. *Nature* 406: 257-261, 2000.
- 61.- TOMA J et al: Isolation of multipotent adults stem from the dermis mammalian skin. *Nature Cell Biol.* 3: 778-784, 2001.
- 62.- EGOZQUE J y CASADO M: Células troncales embrionarias: entre la ciencia, la ética y el derecho. *Boletín SEBBM*, 134: 15-17, 2002.
- 63.- GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al: Op. Cit. 2003.
- 64.- TANG D, TOKOMOTO Y, APPERLY J et al: Lack of replicative surescence in cultured rat oligodendrocyte precursor cells. *Science* 291: 863-871, 2001.
- 65.- GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al: Op. Cit. 2003.
- 66.- KUEHNLE I y GOODELL M: The therapeutic potential of stem cells from adults. *B.M.J.* 325: 372-376, 2002.
- 67.- LOVELL-BADGE R: The future for stem cell research. *Nature* 414: 88-91, 2001.
- 68.- GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al: Op. Cit. 2003.
- 69.- PALACIOS M: Op. Cit. 2002.
- 70.- PALACIOS M: Ibidem, 2002.
- 71.- TALAVERA P: Patentes sobre genes humanos: entre el derecho, el mercado y la ética. *Cuadernos de Bioética (Monográfico sobre "células madre")* (XV) 54: 213-255, 2004.
- 72.- LÓPEZ M y ANTUÑANO S: Op. Cit. 2002.
- 73.- PALACIOS M: Op. Cit. 2002.
- 74.- LÓPEZ M y ANTUÑANO S: Op. Cit. 2002.
- 75.- GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al: Op. Cit. 2003.
- 76.- GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al: Ibidem, 2003.

- 77.- VELAYOS J, MORENO J, GARCÍA J et al: El comienzo de la vida humana y su tratamiento ético en la base de datos. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1119-1121, 1997.
- 78.- HONNEFELDER L: Naturaleza y status del embrión. Aspectos filosóficos. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1035-1047, 1997.
- 79.- FORD M, SHANNON TH y WOLTER A: Reflections on the Moral Status of the Pre-Embryo. Theol. Studies 51: 603-626, 1990.
- 80.- FORD M: When did I begin?. Conception of the Human Individual in History, Philosophy and Science. Peguin. Cambridge, 1988.
- 81.- RAGER G: Menschsein zwischen Lebensanfang und Lebensende. Grundzüge einer medizinischen Anthropologie, en L Honnefelder y G Rager (edits.). Arztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik, (pp 53-103). Frankfurt, 1994.
- 82.- MÁRQUEZ D: Op. Cit. 2003.
- 83.- VARSÍ E: Efectivizando la protección del Genoma Humano, los Derechos Humanos y los Derechos del Niño. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética, clonación y ética) XI (43): 373-385, 2000.
- 84.- RAMÍREZ H: La Bioética más allá del desarrollo: Notas sobre la perspectiva del Sur a propósito de la investigación con células madre y la clonación humana. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 193-211, 2004.
- 85.- SIBI: Declaración Bioética de Gijón. Grafymak S.L. Gijón, 2000.
- 86.- DE SANTIAGO M: La ética de la clonación desde una perspectiva personalista. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética, clonación y ética) XI (43): 301-327, 2000.
- 87.- MORA JE: La clonación en mamíferos y en seres humanos: aproximación jurídica. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética y clonación) X (38): 495-507, 1999.
- 88.- WEBER M: El político y el científico. Alianza Editorial. Madrid, 1996.
- 89.- TESTART J: L'oeuf transparent. Ed. Lécès. París, 1986.
- 90.- LEJEUNE J: ¿Qué es el embrión humano?. Ed. Rialp. Madrid, 1993.
- 91.- DE SANTIAGO M: Op. Cit. 2000.
- 92.- VELAYOS J, MORENO J, GARCÍA J et al: Op. Cit. 1997.

- 93.- **FUNDACIÓN BBVA:** Estudio de cultura medioambiental y biotecnología: Informe sobre clonación. En las fronteras de la vida (cap. IV Opinión pública y clonación). Fundación de Ciencias de la Salud. Instituto de Bioética. Madrid, 1999.
- 94.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004.
- 95.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 96.- **LISKER R:** Aspectos éticos de la clonación humana, en F Cano (coord.), Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/2/2004.
- 97.- **DE LA BARREDA L:** Los derechos humanos y la clonación humana, en F Cano (coord.), Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/2/2004.
- 98.- **RUIZ A:** Entre el cientifismo y el mito de la "eterna juventud". Cuadernos de Bioética (Monográfico sobre Células Madre: Un estudio científico, ético y jurídico). (XV) 54: 179-192, 2004.
- 99.- **BELLVER V:** Razones para el rechazo de la Clonación con fines de Investigación Biomédica (CIB). Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 75-87, 2002.
- 100.- **DEL BARCO JL:** Bioética de las células madre. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 89-94, 2002.
- 101.- **DAWKINS R:** ¿Qué es lo que está mal en la clonación?, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). Clones y clones (pp 61-72). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 102.- **BROCK D:** La clonación de seres humanos: Una valoración de los pros y los contras éticos, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). Clones y clones (pp 141-161). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 103.- **DÍAZ DE TERÁN Mª C:** El embrión en vitro como fuente de células troncales: Análisis jurídico-crítico. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 317-329, 2004.
- 104.- **BETHKE J:** Clonar o no clonar, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). Clones y clones (pp 177-184). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 105.- **TRIBE L:** En torno a no prohibir la clonación por las razones equivocadas, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). Clones y clones (pp 211-221). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.

- 106.- **ROMEO C:** La clonación humana: Los presupuestos para una intervención jurídico-penal, en I Benítez (coord.) *Genética Humana en el tercer milenio (Aspectos éticos y jurídicos)* (pp 91-139). Madrid, 2002.
- 107.- **MÁRQUEZ D:** Op. Cit. 2003.
- 108.- **AZNAR J:** Células madre de tejidos adultos. Una opción terapéutica real. *Cuadernos de Bioética* (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 95-106, 2002.
- 109.- **BELLVER V:** El derecho ante la clonación humana. *Cuadernos de Bioética* (Edición especial sobre *Genética, clonación y ética*) XI (43): 346-359, 2000.
- 110.- **VARSÍ E:** Op. Cit. 2000.
- 111.- **RAGER G:** Embrión-Hombre-Persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal. *Cuadernos de Bioética* (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1049-1061. 1997.
- 112.- **DE SANTIAGO M:** Op. Cit. 2000.
- 113.- **PARLAMENTO EUROPEO:** Diario de Sesiones, 2005.
- 114.- **AULESTIARTE S:** El estatuto jurídico del embrión clónico. *Cuadernos de Bioética* (XV) 54: 331-355, 2004.
- 115.- **SERRA C y COLOMBO R:** Identidad y estatuto del embrión humano. Ed. EIUNSA. Madrid, 2000.
- 116.- **COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN:** Informe sobre la clonación (Fundación de Ciencias de la Salud). Ediciones Doce Calles. Madrid, 1999.
- 117.- **BEDATE C:** El estatuto ético del embrión humano: una reflexión ante propuestas alternativas, en C Bedate y F Mayor-Zaragoza, *Gen-ética* (pp 32-40). Ed. Ariel. Barcelona, 2003.
- 118.- **BUCHANAN A, BROCK D y WICKLER D:** *Genética y justicia*. Cambridge University Press (ed. española). Madrid, 2002.
- 119.- **PALAZZANI L:** *Introduzione alla Biogiuridica*. Giappichelli (Ed.). Turín, 2002.
- 120.- **TOMÁS G:** *Manual de Bioética*. Ed. Ariel. Barcelona, 2001.
- 121.- **ANDORNO R:** La dimensión biológica de la personalidad humana: El debate sobre el estatuto del embrión. *Cuadernos de Bioética* (XV) 53: 29-36, 2004.
- 122.- **COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA (CNB):** Identità e statuto dell'embrione umano. CNB. Roma, 1999.

- 123.- **PARDO A:** Panorama histórico en torno a las diversas teorías sobre el comienzo de la vida humana. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1104-1113. 1997.
- 124.- **CHILDS B:** El libro del Éxodo. Disponible en www.verbodivino.es/VerboDivino/Index.htm. 2004.
- 125.- **SAN MARTÍN J:** Códigos legales de tradición babilónica. Ed. Tecnos. Madrid, 1999.
- 126.- **LARA F:** Código de Hammurabi. Ed. Tecnos. Madrid, 1986.
- 127.- **HAECKEL E:** Historia de la creación natural. Berlín, 1868.
- 128.- **RAGER G:** Op. Cit. 1997.
- 129.- **HUI E:** At the beginning of life. Dilemmas in theological bioethics. Intervarsity Press. Downers Grove, 2002.
- 130.- **APARISI A:** Entorno al principio de la dignidad humana (A propósito de la investigación con células troncales embrionarias). Cuadernos de Bioética (XV) 54: 257-282, 2004.
- 131.- **BRISTOW P:** The moral dignity of man. Four Courts Press (2ª edic.). Dublín, 2005.
- 132.- **ANDORNO R:** La bioéthique et la dignité de la personne. PUF (2ª edic.). París, 2003.
- 133.- **SERANI A:** El estatuto antropológico y ético del embrión humano. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1063-1073. 1997.
- 134.- **JONAS H:** El principio de la vida. Hacia una biología filosófica. Ed. Trotta. Madrid, 2000.
- 135.- **DÍAZ DE TERÁN Mª C:** Op. Cit. 2004.
- 136.- **RAGER G:** Op. Cit. 1997.
- 137.- **MORA J E:** Op. Cit. 1999.
- 138.- **SUÁREZ A:** El embrión humano es una persona. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 19-38, 2002.
- 139.- **CUYAS M:** Dignidad de la persona y el estatuto del embrión humano. Labor Hospitalaria XXII (218): 334-338, 1990.
- 140.- **VALLS R:** Ética para Enfermería. Ed. Rol. Barcelona, 2000.
- 141.- **DEL RÍO C:** Aspectos éticos de la clonación humana con fines reproductivos y terapéuticos. Informació Psicológica 77: 11-21, 2001.

- 142.- **FERRER V:** La identidad dinámica del embrión y los límites a la investigación biológica. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 299-316, 2004.
- 143.- **AVLESTIARTE S:** Op. Cit. 2004.
- 144.- **RAGER G:** Op. Cit. 1997.
- 145.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 146.- **VÖGLER H:** Human blastogenesis: Formation of the extraembryonic cavities. Ed. Karge, Basel, 1987.
- 147.- **ROSSANT J y PEDERSEN A:** Experimental approach to mammalian embryonic development. Cambridge University Press. Cambridge, 1986.
- 148.- **ANDERSEN A:** Potency, lineage and allocation in epithelial cell phenotype. Science 245: 718-725, 1989.
- 149.- **EDWARDS R:** Conception in the Human Female. Ed. Academic Press. Cambridge, 1980.
- 150.- **YOSHINAGA K:** Uterine receptivity for blastocyst implantation, Annals of the New York Academy of Sciences 451: 424-431, 1988.
- 151.- **CROSS J, WEBB Z y FISHER S:** Implantation and placenta; Key of the developmental process. Science 266: 1508-1518, 1994.
- 152.- **BISHOP P y CAMPANA A:** A model of implantation the human blastocyst and early placentation. Human Reproduction Update 2: 262-270, 1996.
- 153.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 154.- **RAGER G:** Op. Cit. 1997.
- 155.- **FERRER M y PASTOR L:** Génesis y uso del término "pre-embrión" en la literatura científica. Persona y Bioética 2: 1-27, 1998.
- 156.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 157.- **SERRA A y COLOMBO R:** Op. Cit. 2004.
- 158.- **BALLESTEROS J (coord.):** La humanidad in vitro. Ed. Comares. Granada, 2002.
- 159.- **MOOR R, LEE C y FULKA J:** El contexto de la clonación: células germinales, fecundación y desarrollo embrionario, en VVAA, En las fronteras de la vida: Ciencia y ética de la clonación (pp 41-53). Fundación de Ciencias de la Salud. Ed. Doce Calles. Madrid, 1998.
- 160.- **COMITÉ WARNOCK:** Recomendaciones y Relación Final. Informe de la Comisión de Investigación sobre fecundación y embriología humana. Londres, 1984; disponible en www.comunidad.derecho.org/dergenetico/comision warnock.html. 28/10/2003.

- 161.- **Mc LAREN A**: Prelude to embryogenesis, en The CIBA Foundation (ed.), Human embryo research yes or no? (pp 5-23). Tavistock Publication. Londres, 1986.
- 162.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S**: Op. Cit. 2002.
- 163.- **FERRER M y PASTOR L**: Op. Cit. 1998.
- 164.- **PASTOR L**: Clonación experimental: encrucijada ética. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 9-16, 2002.
- 165.- **STITH R**: ¿El embrión como persona?. El aporte fundamental del derecho. Cuadernos de Bioética XIII (47): 39-42, 2002.
- 166.- **DAVIES D**: Embryo research. Nature 320: 208, 1986.
- 167.- **PASTOR L**: Bioética de la manipulación embrionaria humana. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1074-1103, 1997.
- 168.- **PASTOR L**: Estatuto del embrión humano. Cuadernos de Bioética 11: 5-13, 1992.
- 169.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S**: Op. Cit. 2002.
- 170.- **LÓPEZ N**: Op. Cit. 2004.
- 171.- **RAGER G**: Op. Cit. 1997.
- 172.- **LEDERBERG J**: Experimental genetics and human evolution. The Bulletin of the Atomic Scientists XV (32): 4-12, 1996.
- 173.- **PASTOR L**: Op. Cit. 1997.
- 174.- **LUCAS R**: Antropología y Problemas Bioéticos. BAC. Madrid, 2001.
- 175.- **SERANI A**: Op. Cit. 1997.
- 176.- **PALLAZZANI L**: Cuerpo y sujeto en bioética. Cuadernos de Bioética. (XV) 53: 17-27, 2004.
- 177.- **D`AGOSTINO F**: Bioética y Persona. Cuadernos de Bioética (XV) 53: 11-16, 2004.
- 178.- **ONU**: Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Nueva York 10/12/1948.
- 179.- **RAGER G**: Op. Cit. 1997.
- 180.- **S. AGUSTÍN**: Sobre la Trinidad (Obras Completas). BAC. Madrid, 1962.
- 181.- **BOECIO AM**: Contra Eutychen et Nestorium 1,3 -Liber de persona et duabus naturis-, en JP Migue, Patrologiae cursus completus (tomo LXIV, 1343). Ed. Vrayet de Surcy. París, 1847.
- 182.- **DE AQUINO (STO) T**: Suma de Teología I, 29, 1c y siguientes. BAC. Madrid, 1952.

- 183.- **KANT E**: Fundamentación de la Metafísica de las costumbres. Academia de Berlín. Berlín, 1961.
- 184.- **PALLAZZANI L**: Il concetto di persona tra bioética e diritto. Ed. Giappichelli. Turín, 1996.
- 185.- **FUNDACIÓN BBVA**: Op. Cit. 1999.
- 186.- **LÓPEZ-MORATALLA N y MARTÍNEZ C**: El embrión humano como individuo: una visión epigenética, en J Ballesteros (coord.) La humanidad in vitro (pp 198-212). Ed. Comares. Granada, 2002.
- 187.- **ANDORNO R**: Op. Cit. 2004.
- 188.- **BEDATE C**: Op. Cit. 2003.
- 189.- **BALLESTEROS J**: El estatuto ontológico del embrión. Libro de Actas del Ier. Congreso Árbol de la Vida: 81-100. Ediciones Árbol de la Vida. Barcelona, 2005.
- 190.- **CALVO A**: El nasciturus como sujeto del derecho. Concepto constitucional de persona frente al concepto pandecista-civilista. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 283-298, 2004.
- 191.- **FEMENIA P**: Status jurídico civil del embrión humano, con especial consideración al concebido in vitro. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1999.
- 192.- **HONNEFELDER L**: Op. Cit. 1997.
- 193.- **SPAEMANN R**: El comienzo de la vida humana. Filosofía y Biología. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1027-1033, 1997.
- 194.- **APARISI A**: Op. Cit. 2004.
- 195.- **PARFIT D**: Reasons and Persons. Clarendon Press. Oxford, 1984.
- 196.- **SINGER P**: Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional. Ed. Ariel. Barcelona, 1997.
- 197.- **DWORKIN R**: Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia and individual freedom -citado por J Ballesteros-: Exigencias de la dignidad humana en biojurídica, en G Tomás, Manual de Bioética (pp 182-185). Ed. Ariel. Barcelona, 2001.
- 198.- **ENGELHARDT H**: Los fundamentos de la Bioética. Ed. Paidós. Barcelona, 1995.
- 199.- **RAGER G**: Op. Cit. 1997.
- 200.- **SPAEMANN R**: Op. Cit. 1997.
- 201.- **MÁRQUEZ D**: Op. Cit. 2003.

- 202.- **NÚÑEZ DE CASTRO I:** Bioética de la clonación y estatuto del embrión. Conferencia impartida en el Seminario Diocesano de Cádiz, 30/6/2004.
- 203.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 204.- **VVAA:** La Bioética en el milenio biotecnológico. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia, 2001.
- 205.- **PASTOR L:** Op. Cit. 1997.
- 206.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** La Escala C: Un instrumento psicométrico elaborado para evaluar las actitudes de los Profesionales de Enfermería (P.E.) hacia la clonación humana. Libro de ponencias del IX Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (formato electrónico). Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. Madrid, 2005.
- 207.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 208.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 209.- **GARZÓN A y GARCÉS J:** Hacia una conceptualización del valor, en A Rodríguez y J Seoane, Creencias, Valores y Actitudes (pp 365-408). Ed. Alhambra. Madrid, 1989.
- 210.- **POSTIGO E:** Bioética, clonación y células madre. Conferencia impartida en el Casino Gaditano el 25/05/2005.
- 211.- **PARDO JM:** Bioética práctica. Ed. Rialp. Madrid, 2004.
- 212.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 213.- **VVAA:** Carta al Presidente Clinton de la Asamblea de Líderes del Hinduismo; disponible en www.himalayanacademy.com/Newspaper/IssuesInFocus/cloning/cloning.html. 2006.
- 214.- **ANÓNIMO:** Posiciones del Islam respecto a la clonación; disponible en www.islamset.com/healnews/cloning/view.html. 2006.
- 215.- **ANÓNIMO:** Posiciones del Judaísmo respecto a la clonación; disponible en www.jlaw.com/Article/clonin.html. 2006.
- 216.- **ÍDEM;** disponible en www.us-israel.org/jsource/Judaism/clon.html. 2006.
- 217.- **ANÓNIMO:** Posiciones del Protestantismo respecto a la clonación; disponible en www.reporternews.com/2001/religion/bapt0614.html. 2006.
- 218.- **ÍDEM;** disponible en www.elca.org/Dcs/cloning.consultation.html. 2006.
- 219.- **TARQUIS P:** Comunicado de la FEREDÉ respecto a la clonación humana; disponible en www.icp-e.org/noti_nac.html. 2006.

- 220.- **JUÁREZ M:** Comunicado Consensuado del CEG; disponible en www.icp-e.org/noti_nac.html. 2006.
- 221.- **PONTIFICIA ACADEMIA DE LA VIDA:** Declaración sobre la producción y uso científico de células estaminales embrionarias humanas. Ed. LEV. Ciudad del Vaticano, 2000.
- 222.- **COMITÉ EJECUTIVO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA:** Por una ciencia al servicio de la vida humana. Conferencia Episcopal Española. Madrid, 2004.
- 223.- **OFICINA DE PRENSA DE LA SANTA SEDE:** Consideraciones de la Santa Sede a la ONU sobre la clonación. Observatore Romano (ed. inglesa). Roma. 17/11/2004.
- 224.- **OFICINA DE INFORMACIÓN DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA:** Nota de prensa ante la aprobación del Decreto Ley que aplica la Ley de Reproducción Asistida. Conferencia Episcopal Española. Madrid. 29/10/2004.
- 225.- **COMITÉ EJECUTIVO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA:** Nota sobre la Reforma de la LTRA(35/1988). Conferencia Episcopal española. Madrid, 2003.
- 226.- **HUI C:** Op. Cit. 2002.
- 227.- **NÚÑEZ DE CASTRO I:** Op. Cit. 2004.
- 228.- **ANÓNIMO:** Clones y ética: Sobre células madre y prejuicios religiosos, en Anónimo, La Clonación. Monografías. Com. Bayard; disponible en [www.monografias.com/trabajos14 / clonacion.html](http://www.monografias.com/trabajos14/clonacion.html). 10/12/2005.
- 229.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004.
- 230.- **SANTIAGO E:** El potencial terapéutico de las células madre. Suposiciones y realidades. Nueva Revista 84: 41-57. 2002.
- 231.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004.
- 232.- **BALLESTEROS J:** La investigación de células madre: aproximación filosófica-jurídica. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 171-177, 2004.
- 233.- **CLARKE D y FRISEN J:** Differentiation potential of addult stem cells. Current Opinion in Genetics and Develoment 11: 575-580, 2001.
- 234.- **KÖRBLING M y ZEE E:** Adul stem cells for tissue repair. A new Therapeutic concep?. N. Eng. J. of Med. 349: 570-580, 2003.
- 235.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004.
- 236.- **VERFAILLIE C, PERA M y LANSDORP P:** Stem cells: hype and relity. Hemetology 105: 369-389, 2002.

- 237.- TINTUT Y, ALFONSO Z, SAINI T et al: Multilineage Potencial of cells from the artery wall. *Circulation* 108: 2505-2510, 2003.
- 238.- ZUK P, ZHU M, MIZUNO H et al: Multilineage cells from Human Adipose Tissue: Implications for Cell-Based Therapies. *Tissue Eng.* 7: 211-228, 2001.
- 239.- SAFFORD K, HICOK K, RICE H et al: Neurogenic differentiation of murine and human adipose-derived stromal cells. *Biochem Biophys. Res. Comm.* 294: 371-379, 2002.
- 240.- LÓPEZ N: Op. Cit. 2004.
- 241.- LÓPEZ N: Íbidem 2004.
- 242.- JACKSON K, MI T y GOODELL M: Hematopoietic potential of stem cells isolated from murine skeletal muscle. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 96: 14482-14486, 1999.
- 243.- FERRARI G, CUSELLA-DE ANGELIS G, COLLETTA M et al: Muscle regeneration by bone marrow-derived myogenic progenitors. *Science* 279: 528-530, 1998.
- 244.- MENASCHE P, HAGEGE A, SCORSIN M et al: Myoblast trasplantation for heart failure. *Lancet* 357: 279-280, 2001.
- 245.- NADAL- GINARD: -citado por LÓPEZ N-: La partenogénesis: sin el glamour de la clonación. *Cuadernos de Bioética* (XV) 55: 405-415; 2004,b.
- 246.- SHEN Q: -citado por LÓPEZ N-: Op. Cit. 2004-b-.
- 247.- MEZEY E, CHANDROSS K, HARTA G et al: Turning blood into brain: cells bearing neuronal antigens generated in vivo from bone marrow. *Science* 290: 1779-1782, 2000.
- 248.- BRAZELTON T, ROSSI F, KESHET G y BLAU H: From marrow to brain: expresión of neuronal phenotypes in adult mice. *Science* 290: 1775-1779, 2000.
- 249.- SÁNCHEZ-RAMOS J, SONG S, CARDOZO-PELÁEZ F et al: Adult bone marrow stromal cells differentiate into neural cells in vitro. *Exp. Neural.* 164: 247-256, 2000.
- 250.- GILL S et al: Direct brain infusión of glial cell line derived neurotrophic factor in Parkinson disease. *Nature Medicine*, DOI: 10.1038/nm850, 2003.
- 251.- NOSRAT: -citado por- LÓPEZ N: Op. Cit. 2004-b-.
- 252.- PLUCHINO S, QUATTRINI A, BRAMBILLA E et al: Inyection of adul neurospheres induces recovery in a clonic model of multiple sclerosis. *Nature* 422: 688-694, 2003.
- 253.- IANUS A, HOLZ G, THEISE N y HUSSAIN M: In vivo derivation of glucose-competent pancreatic endocrine cells from bone marrow without evidence of cell fusion. *J. Clin. Invest.* 111: 843-850, 2003.

- 254.- **LEE V y STOFFEL M:** Bone marrow: An extra-pancreatic hideout for the elusive pancreatic stem cell?. *J. Clin. Invest.* 111: 799-801, 2003.
- 255.- **STABA C et al:** *N. Engl. J. Med.* 350: 1934-1953, 2004. -citado por **LÓPEZ N-:** Op. Cit. 2004-b-.
- 256.- **LÓPEZ N:** Aspectos biomédicos de la clonación humana y células madre, en *VVAA La bioética en el siglo de la biotecnología* (pp 151-178). Ediciones de la Universidad de Murcia, 2001.
- 257.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004-b-.
- 258.- **URANA C, WEST M et al:** Non human primate parthenogenetic stem cells. *Proc. Nat. Acad. Sci.* 100: 11910-11916, 2003.
- 259.- **KONO T, OBATA Y, WU Q et al:** Birth of parthenogenetic mice that can develop adulthood. *Nature* 482: 860-864, 2004.
- 260.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004 -b-.
- 261.- **BALLESTEROS J:** Op. Cit. 2004.
- 262.- **PASTOR L:** Informe: La investigación sobre células madre. Análisis preliminares y posturas bioéticas, en *VVAA, El destino de los embriones congelados*. Fundación Universitaria Española. Madrid, 2003.
- 263.- **COMITÉ EJECUTIVO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA:** Op. Cit. 2003.
- 264.- **PASTOR L:** Entrevista. *Diario Médico* 1/10/2003.
- 265.- **BALLESTEROS J:** Op. Cit. 2004.
- 266.- **LOWAN CH y EGGAN K:** *Science*, edición online del 25/08/2005.
- 267.- **LANZA R:** *Nature*, edición online del 16/10/2005.
- 268.- **SHERLEY J:** Embryos aren't essential to stem-cell research. *Nature* 423: 381-387, 2003.
- 269.- **FERNÁNDEZ R, MOREIRA P, BILBAO A et al:** Long-term effect of in vitro culture of mouse embryos with serum on mRNA expression of imprinting genes, development, and behavior. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 101: 5880-5885, 2004.
- 270.- **HUMPHERRYS D et al:** Epigenetic Instability in ES Cells and cloned mice. *Science* 293: 95-97, 2001.
- 271.- **DRAPER J, SMITH K, GOKHALE P et al:** Recurrent gain of chromosomes 17q and 12 in cultured human embryonic stem cells. *Nature Biotechnology* 22: 53-54, 2004.
- 272.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004.

- 273.- OLIVEIRO A: Dove ci porta la Scienza. Ed. Laterza. Roma, 2003.
- 274.- LÓPEZ N: Op. Cit. 2004.

2.3.- LA MEDICIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

- 1.- **YELA M:** Apuntes de Psicometría. Facultad de psicología. Universidad Complutense. Madrid, 1976.
- 2.- **BALLESTER R:** Emociones y Psicología de la Salud, en F Palmero y V Codina (edits.), Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales (pp 27-63). Ed. Promolibro. Valencia, 1991.
- 3.- **OMS:** Carta de Constitución de la OMS. Ginebra, 1948.
- 4.- **ENGEL G:** The need for a new medical model: A challenge for biomedicina. Science 196: 129-136, 1977.
- 5.- **STEVENS S:** Mathematics, Measurement and Psychophysics, en S Stevens (ed.) Handbook of Experimental Psychology (pp 1-49). Ed. John Wiley. Nueva York, 1951.
- 6.- **JARA P y ROSEL J:** Medición en Ciencias de la Salud, en E Fernández-Abascal y F Palmero (edits.), Emociones y Salud (pp 19-47). Ed. Ariel. Barcelona, 1999.
- 7.- **WELLER B:** Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud. Ed. Mc Graw-Hill. México, 1997.
- 8.- **WOLMAN B:** Diccionario de Ciencias de la Conducta. Ed. Trillas. México, 1984.
- 9.- **HAYNES S y WAI`ALAE K:** Fundamentos psicométricos de la evaluación conductual, en R Fernández-Ballesteros, Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud (pp 161-196). Ed. Pirámide. Madrid, 1998.
- 10.- **FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R:** Psicodiagnóstico. Concepto y metodología. Ed. Kapelusz. Madrid, 1980.
- 11.- **JENSEN B:** Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual, en G Buela-Casal, V Caballo y C Sierra (edits.), Manual de evaluación en Ps. Clínica y de la Salud (pp 109-127). Ed. S. XXI. Madrid, 1996.
- 12.- **MARTÍNEZ M:** Principios psicométricos de las técnicas en evaluación conductual, en R Fernández-Ballesteros y J Carrobes, Evaluación Conductual, Metodología y Aplicaciones (pp 157-198). Ed. Pirámide. Madrid, 1981.
- 13.- **YELA M:** Op. Cit. 1976.
- 14.- **CROCKER LM y ALGINA J:** Introduction to classical and modern test theory. Ed. Holt, Rinehart and Winston. Nueva York, 1986.
- 15.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 16.- **MUÑIZ J:** Psicometría. Ed. Universitas. Madrid, 1996.

- 17.- **ANASTASI A:** Psychological testing (6ª edic.). Ed. Mc Millan. Nueva York, 1988.
(existe versión castellana en Ed. Aguilar, Madrid).
- 18.- **MUÑOZ J:** Teoría clásica de los tests. Ed. Pirámide. Madrid, 2000.
- 19.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 20.- **SILVA F:** Evaluación conductual y criterios psicométricos. Ed. Pirámide. Madrid, 1993.
- 21.- **YELA M:** Apuntes de Psicología Matemática II. Universidad Complutense de Madrid. Somosaguas, 1977.
- 22.- **CRONBACH L:** Coefficient alpha and internal structure of tests. Psychometrika, 16: 297-334, 1951.
- 23.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 24.- **ANASTASI A:** Op. Cit. 1988.
- 25.- **ANASTASI A:** Ibidem, 1988.
- 26.- **YELA M:** Op. Cit. 1976.
- 27.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 28.- **CRONBACH L:** Test validation, en R Thorndike, Educational Measurement (pp 443-507). American Council on Education. Washington, 1971.
- 29.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 30.- **APA:** Standards for Educational and Psychological tests and Manuals. APA. Washington, 1966.
- 31.- **ANASTASI A:** Op. Cit. 1988.
- 32.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 33.- **NUNNALLY J y BERNSTEIN I:** Validez, en J Nunnally y I Bernstein, Teoría Psicométrica (pp 92-127). Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1995.
- 34.- **JARA P y ROSEL J:** Op. Cit. 1999.
- 35.- **COMIN E:** Validación de encuestas. Atención Primaria 7 (5): 386-390, 1990.
- 36.- **STREINER D y NORMAN G:** Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. Oxford Medical Publications (Oxford University Press). Nueva York, 1992.
- 37.- **MARTÍNEZ M:** Op. Cit. 1981.
- 38.- **ANASTASI A:** Op. Cit. 1988.
- 39.- **NEVO B:** Face validity revisited. Journal of Educational Measurement, 22: 287-293, 1985.

III) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

- 1.- **LÓPEZ N:** Uso terapéutico e investigación con células troncales: Racionalidad científica. Cuadernos de Bioética (Monográfico sobre Células Madre: Un estudio científico, ético y jurídico) XV (53): 77-97, 2004.
- 2.- **BALLESTEROS J:** La investigación con células madre: aproximación filosófico-jurídica. Cuadernos de Bioética XV (54): 171-177, 2004.
- 3.- **KUNH T:** La estructura de las revoluciones científicas. Ed. Fondo de Cultura Económica (17 impresión). Madrid, 1995.
- 4.- **KÜNG H:** En busca de nuestras huellas. Random House Mondadori. Ba, 2004.
- 5.- **SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (SIBI):** Declaración Bioética de Gijón. Grafymak S.L. Gijón, 2000.
- 6.- **ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE PARA EL AVANCE DE LA CIENCIA (AAAS):** -citada por **NAVARRO-VALLS R-:** La objeción de conciencia científica. El Mundo, 21/09/2005.
- 7.- **TALAVERA P:** Patentes sobre genes humanos. Entre el derecho, el mercado y la ética. Cuadernos de Bioética XV (54): 213-249, 2004.
- 8.- **FUNDACIÓN BBVA:** Encuesta Europea sobre Biotecnología. Publicaciones del BBVA. Madrid, 2003.
- 9.- **ANÓNIMO:** Noticias científicas. Jano On-line; disponible en www.db.doyma.es/agi-bin/wdbegi.exe/doyma/press. 10/12/2005.
- 10.- **RUIZ E:** Entre el cientifismo y el mito de la "eterna juventud". Cuadernos de Bioética XV (54): 179-192, 2004.
- 11.- **PARDO R:** Estudio de las percepciones y actitudes hacia la Biotecnología en Europa. Unidad de Estudios de Opinión Pública de la Fundación BBVA. Fundación BBVA. Madrid, 2003.
- 12.- **PALAZZANI L:** Cuerpo y sujeto en Bioética. Cuadernos de Bioética XV (53): 19-27, 2004.
- 13.- **LÓPEZ DE LA VIEJA M^a.T. (coord.):** Bioética. Entre la Medicina y la Ética. Biblioteca de Pensamiento y Sociedad. Ed. Universidad de Salamanca. Salamanca, 2005.

- 14.- **TOMÁS G:** Bioética, un compromiso existencial y científico. Textos de Bioética (I). Ed. Universidad Católica de San Antonio. Murcia, 2005.
- 15.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.

3.2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- 16.- **PASNE R, WALL T, BORRIL C y CARTER A:** Strain as moderador of the relation between work characteristics and work attitudes. Journal of Occupational Health Psychology 4 (1): 3-14.
- 17.- **PASTOR G:** Conducta interpersonal: Ensayo de Ps. Social Sistemática. Universidad Pontificia. Salamanca, 1983.
- 18.- **HERRERA M Y SEOANE J:** Actitudes e ideología política, en A Rodríguez y J Seoane, Creencias, Actitudes y Valores. Vol 7 del Tratado de Ps. General de J Mayor y J Pinillos (edits.). Alhambra Universidad. Madrid, 1989.
- 19.- **SUMMER G (edit.):** Medición de las actitudes. Ed. Trillas (3ª edic.). México, 1982.
- 20.- **JARA P y ROSEL J:** Medición en Ciencias de la Salud, en E Fernández-Abascal y F Palmero, Emociones y Salud (pp 19-47). Ed. Ariel. Barcelona, 1999.
- 21.- **SIBI:** Declaración Bioética de Gijón. Grafymak S.L. Gijón, 2000.
- 22.- **AAAS:** Op. Cit. 2005.
- 23.- **PARDO DE VÉLEZ G y CEDEÑO M:** Investigación en Ciencias de la Salud. Ed. Mc Graw-Hill. Santafé de Bogotá, 1997.
- 24.- **FORTÍN M:** El proceso de investigación: De la concepción a la realización. Ed. Mc Graw-Hill. México, 1999.

IV) METODOLOGÍA

4.1.- METODOLOGÍA GENERAL. LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES O DE PREVALENCIA

- 1.- **COPPLESTONE J:** Organisation d'une enquête epidemiologique sur le terrain. Chron O.M.S., 29: 240-244, 1975.
- 2.- **MORTON R y HEBEL J:** A study guide to epidemiology and biostatistics. University Park Press. Baltimore (2ª edic.), 1999.
- 3.- **SAN MARTÍN M, MARTÍN A y CARRASCO J:** Epidemiología: Teoría, investigación y práctica. Edit. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1986.
- 4.- **MORTON R y HEBEL J:** Op. Cit. 1999.
- 5.- **Mc GUIGAN F:** Psicología experimental, enfoque metodológico. Edit. Trillas. México, 1972.
- 6.- **FREIRICHS R y NEUTRA R:** Definitions of epidemiology. Am. J. Epidemiol; 108: 74-75, 1978.
- 7.- **BAZERQUE R y TESTER C:** Métodos y técnicas de la investigación clínica. Edit. Toray-Masson. París, 1982.
- 8.- **PARDO DE VÉLEZ G y CEDEÑO M:** Investigación en Ciencias de la Salud. Ed. Mc Graw-Hill. Santafé de Bogotá, 1997.
- 9.- **FORTÍN M:** El proceso de investigación: De la concepción a la realización. Ed. Mc Graw-Hill. México, 1999.
- 10.- **BUNGE M:** La ciencia, su método y su filosofía. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires (2ª edic.), 2000.
- 11.- **CARRASCO J:** El método estadístico en la investigación médica. Edit. Ciencia 3, S.A. Madrid, 1988.
- 12.- **GALA F, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** The relevance of and analisis of the attitudes of Medical Staff (MS) towards human cloning: Presentation of the initial desing of a study. 9 th European Congress of Psychology (Libro de resúmenes. Formato Electrónico). Granada, 2005.
- 13.- **MUÑIZ J:** Psicometría. Ed. Universitas. Madrid, 1997.

4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

- 14.- **KISH L:** Muestreos de encuestas. Edit. Trillas. México, 1982.
- 15.- **BUJEDA J:** Técnicas de investigación social. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, 1981.
- 16.- **DOWNIE N y HEATH R:** Métodos estadísticos aplicados. Edit. Castillo. Madrid, 1971.
- 17.- **JARA P y ROSEL J:** Medición en Ciencias de la Salud, en E Fernández-Abascal y F Palmero, Emociones y Salud (pp 19-47). Edit. Ariel. Barcelona, 1999.
- 18.- **AYCAQUES S:** Muestreo para investigación en Ciencias de la Salud. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1994.
- 19.- **CARRASCO J:** Op. Cit. 1988.
- 20.- **FISHER L y YATES S:** Statistical tables. Edit. Conginan. Nueva York, 1974.
- 21.- **GENDRE F:** L'apport des methodes statistiques dans l'analyse des resultats d'une enquete d'opinion. Le Travail Humain 32: 149-154, 1989.
- 22.- **CANALES A, ALVARADO M y PINEDA L:** Metodología de la investigación. Edit. Limusa. México, D.F., 1986.
- 23.- **ARMITAGE P y BERRY G:** Estadística en la investigación biomédica. Ed. Doyma. Barcelona, 1992.

4.3.- MATERIAL E INSTRUMENTOS

- 24.- **PUDILLO A:** Estadísticas y Técnicas de Investigación Social. Ed. Anaya (2ª edic.). Madrid, 1986.
- 25.- **SIERRA R:** Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios (6ª edic.). Ed. Paraninfo. Madrid, 1989.
- 26.- **DÍAZ DE RADA V:** Tipos de encuestas y diseños de investigación. Universidad Pública de Navarra. Pamplona, 2003.
- 27.- **PINILLOS J:** Análisis de la Escala F en una muestra española: Estudio comparativo. Rev. de Ps. General y Aplicada. XVIII (70): 1155-1174. Madrid, 1963.
- 28.- **RAJA R:** Inventario de Creencias Religiosas, en R Raja, Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del P.S. ante la muerte. Tesis Doctoral. Cádiz, 2001.
- 29.- **LUPIANI M, GALA F, ROMERO J et al:** Presentación de un instrumento para medir las actitudes del P.S. hacia la clonación, en JM Alberca (edit.). 9º Congreso Nacional

de Ps. Clínica y de la Salud. Libro de Resúmenes (pp 50-53). Centro Clínico Los Naranjos. Madrid, 2004.

30.- **KERLINGER F**: Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. Edit. Nueva Editorial Interamericana. México, 1975.

31.- **ANGUERA M**: Metodología observacional en Psicología. Edit. P.P.V. Barcelona, 1991.

32.- **BROW G y GHISEUI M**: El método científico en Psicología, técnicas y metodología. Edit. Interamericana. México, 1975.

33.- **HAYNES S y WAI`ALAE K**: Fundamentos psicométricos de la evaluación conductual, en R Fernández-Ballesteros, Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en Ps. Clínica y de la Salud (pp 161-196). Ed. Pirámide. Madrid, 1998.

34.- **FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R**: Psicodignóstico, concepto y metodología. Ed. Kapelusz. Madrid, 1980.

35.- **POLIT D y HUNGER B**: Investigación científica en Ciencias de la Salud. Edit. Interamericana (2ª edic.). México, 1985.

36.- **JESEN B**: Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual, en G Buela-Casal, V Caballo y C Sierra (eds.). Manual de evaluación en Ps. Clínica y de la Salud (pp 109-127). Ed. S. XXI. Madrid, 1996.

37.- **SIERRA R**: Op. Cit. 1989.

38.- **KERLINGER F**: Op. Cit. 1975.

39.- **KISH L**: Op. Cit. 1982.

40.- **JESEN B**: Op. Cit. 1996.

41.- **CROCKER L y ALGINA J**: Introduction to classical and modern tests theory. Ed. Holt, Rinchart and Wiston. Nueva York, 1986.

42.- **SILVA F**: Evaluación conductual y criterios psicométricos. Ed. Pirámide (3ª edic.). Madrid, 2003.

43.- **REYES-LAGUNES I**: Redes semánticas para la construcción de instrumentos. Rev. de Ps. Social y Personalidad 9 81): 81-97, 1993.

44.- **PASTOR G**: Ideologías. Su medición psicosocial. Edit. Herder. Barcelona, 1986.

45.- **ADORNO T**: La personalidad autoritaria. Edit. Proyección. Buenos Aires, 1965.

46.- **LUPIANI M, GALA F, DÍAZ M et al**: Los prejuicios: contaminantes ideológicos-psicológicos ambientales, en VVAA, Salud y Medio Ambiente, (pp 57-73). Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1996.

- 47.- **KIRSCHT J y DILLEHAY R:** Dimensions of authoritarianism a review of research and theory. Edit. University of Kentucky Press. Frankfort, 1987.
- 48.- **CHERRY F y BYRNE D:** Authoritarianism en, T Blass (Ed.) Personality Variables in social Behavior. Edit. LEA (Publis). New Jersey, 1977.
- 49.- **SHILLS E:** Authoritarianism: Right and Left, en R Christie y M Jahode (Edits.); Studies in the scope and method of the authoritarian personality. Edit. Free Press. Illinois, 1974.
- 50.- **PINILLOS J:** Op. Cit. 1963.
- 51.- **PINILLOS J:** El problema de la aquiescencia en la Escala F. Rev. de Ps. General y Aplicada nº 86-87: 49-81. Madrid, 1967.
- 52.- **BERKOWITZ N y WOLKON G:** A forced choice form of the F Scale free of acquiescent response set. Sociometry 27: 54-65, 1964.
- 53.- **BASS B:** Authoritarianism or Acquiescence. J. Abnormal Soc. Psychol. 51: 72-85, 1965.
- 54.- **LIPSITZ L:** Working class authoritarianism: A reevaluation. American Sociological Review 30: 103-109, 1965.
- 55.- **SANFORD N:** Authoritarian personality in contemporary perspectives, en J. Knutson (ed.), Handbook of Political Psychology. Edit. Jossey-Bass. San Francisco, 1973.
- 56.- **BUCK-MORSS S:** The Adorno legacy. P.S.P.B. 3: 707-713, 1977.
- 57.- **PASTOR G:** Avances en la Psicometría del autoritarismo de derechas, en Estudios en honor del profesor JL Pinillos (Varios Autores). Publicaciones de la Universidad Pontificia. Salamanca, 1991.
- 58.- **ALTEMEYER R:** Right-Wing authoritarianism. University of Manitoba Press. Winnipeg, 1988.
- 59.- **PASTOR G:** Op. It. 1986.
- 60.- **VVAA:** Escala Detecta-Prejuicios de Harvard; disponible en www.implicit.harvard.edu/implicit. Febrero, 2006.
- 61.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.
- 62.- **GALA F, GUILLÉN C, LUPIANI M et al:** Actitudes hacia la muerte en el P.S. según sus creencias religiosas. Encuentros en Ps. Social I (3): 19-26, 2003.
- 63.- **RAJA R, GALA F, GONZÁLEZ-INFANTE J et al:** Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el Personal Sanitario (P.S.) ante la muerte. Cuadernos de Medicina Forense 29: 21-36, 2002.

- 64.- **AMÓN J**: Multidimensionalidad de la religiosidad utilitaria a través de la afinidad entre las cuestiones intrínsecas y extrínsecas. *Rev. de Ps. General y Aplicada*, 95: 983-988, 1968.
- 65.- **AMÓN J y YELA M**: Dimensiones de la religiosidad. *Rev. de Ps. General y Aplicada*, 95: 989-993, 1968.
- 66.- **MONCADA A**: Religión a la carta. Ed. Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1996.
- 67.- **LÓPEZ J**: Los cuestionarios, en Morales, JF, *Metodología y Teoría de la Psicología*. Vol 2 (pp 181-209). U.N.E.D. Madrid, 1981.
- 68.- **REYES-LAGUNES I**: Op. Cit. 1993.
- 69.- **ALBOU P**: Les questionnaires psychologiques. Edit. P.U.F. París, 1968.
- 70.- **SHAW M, MARTÍN E y KRIGHT J**: Escales for the measurement of attitudes. (Series in Psychology). Edit. Mc Graw-Hill. New York, 1967.
- 71.- **ROBINSON J y SHAVER P**: Measures of social psychological attitudes. Institute for social research. University of Michigan, 1973.
- 72.- **DAWES R**: Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. Edit. Limusa. México, 1975.
- 73.- **LIKERT R**: Una técnica para medir actitudes, en *Medición de actitudes* de Summer, GF (Ed.). Ed. trillas. México, 1982.
- 74.- **RAJA R**: Op. Cit. 2001.
- 75.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2004.
- 76.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al**: Dimensiones que estructuran las actitudes del Personal de Enfermería hacia la clonación, obtenidas a través de la utilización de un instrumento. Libro de Ponencias del IX Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Formato Electrónico). Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. Madrid, 2005.
- 77.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Evaluation of the attitudes of Medical Staff towards cloning. 9 th European Congress of Psychology (Libro de resúmenes. Formato Electrónico). Granada, 2005.
- 78.- **JARA P y ROSEL S**: Op. Cit. 1999.
- 79.- **ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA**: Reflexiones sobre la clonación, disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 80.- **AGUILAR A y ELIZALDE J**: La investigación en biotecnología en la Unión Europea: Aspectos científicos y éticos, en M Palacios (edit.), *Los avances de la Biotecnología*:

cuestiones de impacto social (pp 15-25). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.

81.- ANDORNO R: ¿Tenemos el derecho de multiplicar la especie humana?. Cuadernos de Bioética 25: 10-12, 1996.

82.- BALLESTEROS J: El estatuto del embrión humano: cuestiones científicas, filosóficas y jurídicas, en G Tomás (edit.) Manual de Bioética (pp 228-231). Ed. Ariel. Barcelona, 2001.

83.- BARRIOS B: Aspectos éticos de los pesquijajes genéticos. Cuadernos de Bioética X (3ª) 38: 439-445, 1999.

84.- BECERRA M: Patentes y transacciones comerciales de tejidos humanos, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003, disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.

85.- BELLVER V: ¿Clonar?. Ética y Derecho ante la clonación humana. Ed. Comares. Granada, 2000.

86.- BELLVER V: El Derecho ante la clonación. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Clonación, Genética y Ética). XI (3 y 4) 43: 347-359, 2000.

87.- BELLVER V: Las respuestas del Derecho a las nuevas manipulaciones embrionarias. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 55-73, 2002.

88.- BELLVER V: Razones para el rechazo de la clonación con fines de investigación biomédica (CIB). Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 75-88, 2002.

89.- BENÍTEZ I: Aplicaciones clínicas de las técnicas de Genética Molecular, en M Palacios (coord.) El Genoma Humano (pp 21-29). 14 Curso de Verano de San Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1994.

90.- BENÍTEZ I: Aspectos jurídicos de la clonación humana, en I Benítez (coord.) Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos (pp 55-89) UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.

91.- BOLIVAR F: Biología moderna y clonación, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003, disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.

- 92.- **BOSTON WOMEN`S HEALTH BOOK COLLECTIVE:** Manifiesto contra la clonación humana, la manipulación genética y la modificación genética de la especie humana, disponible en www.ourbodiesourselves.org/clonspan.html. 18/11/2002.
- 93.- **BROCK D:** La clonación de seres humanos: una valoración de los pros y los contras éticos, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 141-161). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 94.- **CARMONA M:** La posición del embrión humano como sujeto de las técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de Bioética 20: 35-38, 1994.
- 95.- **CENTRO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SACRO QUORE:** La clonación humana "terapéutica"; disponible en www.vidahumana.org/vidafam/repro/congelados.html. 19/11/2002.
- 96.- **COPERÍAS E:** ¡Madre, qué células! (las nuevas armas contra la enfermedad). Muy Interesante 245: 70-78, 2001.
- 97.- **COPERÍAS E:** Biotecnología: La última gran revolución. Muy Interesante (Documento): 109-136, 2001.
- 98.- **COPERÍAS E:** Bebés de laboratorio (Límites éticos y científicos de la reproducción asistida). Muy Interesante 44-54, 2003.
- 99.- **COVARRUBIAS L:** Las células troncales y la clonación humana, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003, disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.
- 100.- **DAWKINS R:** ¿Qué es lo que está mal en la clonación?, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 61-72). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 101.- **DEL BARCO J:** Bioética de las células madre. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre "Inicio de la vida y clonación") XIII (47): 89-106, 2002.
- 102.- **DE LA BARREDA L:** Los derechos humanos y la clonación humana, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.
- 103.- **DE SANTIAGO M:** La ética de la clonación desde una perspectiva personalista. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre "Clonación, genética y ética") XI (3 y 4) 43: 301-327, 2000.

- 104.- **DE SOLA C**: El proyecto de convenio de bioética del Congreso de Europa, en M Palacios (coord.), Los avances de la Biotecnología: cuestiones de impacto social (pp 29-51). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.
- 105.- **DONIGER W**: El sexo y el clon mitológico, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 117-137). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 106.- **EGOZQUE J y CASADO M**: Células troncales embrionarias: entre la ciencia, la ética y el derecho. Boletín de la SEBBM, 134: 15-17, 2002.
- 107.- **ELSHTAIN J**: Clonar o no clonar, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 177-184). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 108.- **ESTELLES P**: La persona del concebido. Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1122-1128, 1997
- 109.- **EPSTEIN R**: Un apremio a la cautela: La clonación de seres humanos, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 247-262). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 110.- **GAFO J**: Ética y biotecnología, en M Palacios (coord.) El genoma humano (pp 83-104) 14 Curso de Verano de San Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1994.
- 111.- **GARCÍA G**: La filiación en el caso de la utilización de técnicas de reproducción asistida. Cuadernos de Bioética X (3ª) 38: 479-493, 1999.
- 112.- **GARCÍA J y DELGADO E**: Células pluripotentes, su plasticidad y potencial terapéutico. Boletín de la SEBBM, 134: 13-14, 2002.
- 113.- **GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al**: Obtención de células madre y su aplicación terapéutica. Andalucía Investiga -monográfico sobre células madre-: 3-12, 2003.
- 114.- **GARRIDO M**: La hora de la clonación, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones _Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 11-20). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 115.- **GARRIDO F**: La teoría de la elección racional y biotecnología de transgénicos, en I Benítez (coord.) Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos (pp 239-269). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 116.- **GONZALO L**: Clonación terapéutica y otras alternativas; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.

- 117.- **GOULD S**: La moda de Dolly y la pasión de Luis, en M Nussbaum y C Sunstein (eds.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 49-60). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 118.- **GRISOLIA S, PUIGDOMENECH P y AYALA F**: ¿Qué podemos esperar de la genética?. Ed. Círculo de Lectores. Barcelona, 2002.
- 119.- **GROS H**: Bioética y Derechos humanos, en I Benítez (coord.), Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos (pp 13-29). UIA: Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 120.- **HERRANZ G**: Ética de las intervenciones sobre el embrión preimplantado. Anuario Filosófico 27: 117-135, 1994.
- 121.- **HIDALGO N**: Clonación y reproducción en serie de seres humanos ¿una alternativa del s. XXI?. Rev. Derecho y Genoma Humano. XII (4): 51-72, 1997.
- 122.- **HONNEFELDER L**: Naturaleza y status del embrión. Aspectos filosóficos. Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1034-1047, 1997
- 123.- **JAN Z**: La clonación humana: Aspectos Psicológicos y Antropológicos. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Clonación, genética y ética) XI (3 y 4) 43: 329-338, 2000.
- 124.- **JORALEMON D**: Shifting ethics: debating the incentive question in organ transplantation. Journal of Medical Ethics, 27: 30-35, 2001.
- 125.- **KASS L**: la sabiduría de la repugnancia moral; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.html. 8/7/2003.
- 126.- **LACADENA J**: Pasado, presente y futuro del proyecto Genoma Humano, en M Palacios (coord.), El Genoma Humano (pp 7-17). 14 Curso de Verano de S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1994.
- 127.- **LACADENA J**: La clonación, aspectos científicos y éticos. A.R.A. Farmacia 63: 273-295, 1997.
- 128.- **LEJEUNE J**: ¿Qué es el embrión humano?. Instituto de Ciencias para la familia. Ed. Rialp. Madrid, 1993.
- 129.- **LEÓN F**: Dignidad humana, libertad y bioética. Cuadernos de Bioética 12: 5-22, 1992.
- 130.- **LISKER R**: Aspectos éticos de la clonación humana, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.

- 131.- **LÓPEZ N**: Clonación humana reproductiva y terapéutica. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre "Clonación, genética y ética") XI (3 y 4) 43: 339-345, 2000.
- 132.- **LÓPEZ M**: Hijos de sí mismos; disponible en www.el-mundo-es/salud/Snumeros/97/S236/S236embriologia.html. 20/11/2002.
- 133.- **LÓPEZ M**: Genética funcional. Cuadernos de Bioética X (3ª): 429-432, 1999.
- 134.- **LÓPEZ M**: Experimentación en fetos humanos; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 135.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO A**: La clonación humana. Ed. Ariel. Barcelona, 2002.
- 136.- **MANCINI R**: Consideraciones bioéticas sobre la clonación. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría, 35: 425-429, 1997.
- 137.- **MÁRQUEZ D**: Células madre. La revolución de la Biomedicina. Andalucía Investiga 1, 2003.
- 138.- **MAURIZIO P**: La cuestión de los embriones congelados; disponible en www.vida humana.org/vidafam/repro/congelados.html. 19/11/2002.
- 139.- **MATOZZO DE ROMVALDI L**: La biotecnología y el derecho a la identidad. Cuadernos de Bioética 25: 13-17, 1996.
- 140.- **MELENDO T**: Dignidad humana y libertad bioética. Cuadernos de Bioética 17-18: 63-79, 1994.
- 141.- **MILLER W**: Ovejas, chistes, la clonación y lo siniestro, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 83-91). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 142.- **MIRANDA G**: Fundamentos éticos de la Bioética personalista. Cuadernos de Bioética 17-18: 49-62, 1994.
- 143.- **MONGE F**: El estatuto ontológico del embrión humano en base a los datos biológicos. Cuadernos de Bioética 20: 10-22, 1994.
- 144.- **MORA J**: La clonación en mamíferos y en seres humanos: Aproximación jurídica. Cuadernos de Bioética X (3ª) 38: 495-507, 1999.
- 145.- **NBAC**: Ciencia y aplicación de la clonación en, M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 39-48). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 146.- **NBAC**: Recomendaciones de la Comisión, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 271-276). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.

- 147.- **NBAC**: perspectivas religiosas, en M Nussbaum y C Sunstein (eds.), *Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana-* (pp 163-175). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 148.- **OJEDA C**: Algunos aspectos psicoantropológicos de la clonación en seres humanos. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 35: 431-433, 1997.
- 149.- **OSTROSKY P**: El cultivo de células embrionarias para fines de investigación, en F Cano, *Clonación humana*. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.
- 150.- **PALACIOS M**: La clonación de preembriones y otras técnicas: cuestiones polémicas, en M Palacios (coord.), *Los avances de la Biotecnología: cuestiones de impacto social* (pp 7-11). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.
- 151.- **PALACIOS M**: Consideraciones sobre la clonación, en I Benítez (coord.), *Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos* (pp 31-53). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 152.- **PALACIOS M**: Convención Europea de Bioética y Genoma Humano, en M Palacios (coord.), *Los avances de la Biotecnología: cuestiones de impacto social* (pp 33-49). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.
- 153.- **PALAZZANI L**: Por un "estatuto jurídico" del embrión humano. *Cuadernos de Bioética* 20: 23-29, 1994.
- 154.- **PARDO A**: Bioética y manipulación de embriones. *Cuadernos de Bioética* 17-18: 7-18, 1994.
- 155.- **PARDO A**: Panorama histórico en torno a las diversas teorías sobre el comienzo de la vida humana. *Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho)* VIII (31): 1104-1112, 1997
- 156.- **PARDO A**: La clonación humana; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 157.- **PARDO A**: Mentiras de la clonación terapéutica; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 158.- **PARDO A**: Léxico de Bioética; disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003. disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003.
- 159.- **PASTOR L**: Estatuto del embrión humano. *Cuadernos de Bioética*, 11: 5-13, 1992.

- 160.- **PASTOR L:** Consideraciones bioéticas en torno a la clonación. *El Médico* 22: 62-67, 1997.
- 161.- **PASTOR L:** Bioética de la manipulación embrionaria humana. *Cuadernos de Bioética* (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1074-1103, 1997
- 162.- **PASTOR L:** Consideraciones bioéticas sobre la clonación humana y animal. *Cuadernos de Bioética* X (3ª) 38: 447-458, 1999.
- 163.- **PASTOR L:** Clonación experimental: Encrucijada ética. *Cuadernos de Bioética* (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 9-16, 2002.
- 164.- **PÉREZ F:** Clonación y células madre: impacto social, ético y moral; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 165.- **PERIS J:** Los avances médico-científicos en el conocimiento del hombre: un reto para el derecho del futuro, en I Benítez (coord.), *Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos* (pp 141-161). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 166.- **PHILLIPS A:** La igualdad lo es todo, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), *Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana-* (pp 93-98). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 167.- **POSNER E y POSNER R:** La demanda de la clonación humana, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), *Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana-* (pp 223-246). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 168.- **RAGER G:** Embrión-Hombre-Persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal. *Cuadernos de Bioética* (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1048-1061, 1997
- 169.- **RODRÍGUEZ E:** La persona del cigoto. *Cuadernos de Bioética* 20: 30-34, 1994.
- 170.- **ROMEO C:** ¿Límites jurídicos a la investigación y a sus consecuencias?. El paradigma de la clonación. *Rev. De Derecho y Genoma Humano*. XII (6): 21-34, 1997.
- 171.- **ROMEO C:** la clonación humana: Los presupuestos para una intervención jurídico-penal, en I Benítez (coord.), *Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos* (pp 91-139). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 172.- **SALAMANCA F:** La aplicación clínica de las células troncales (trasplante nuclear), en F Cano, *Clonación humana*. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.

- 173.- **SANTA SEDE:** INSTRUCCIÓN DONUM VITAE (sobre el respeto de la vida humana naciente); disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003.
- 174.- **SERANI A:** El estatuto antropológico y ético del embrión humano. Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1063-1073, 1997.
- 175.- **SERRA A:** La experimentación sobre el embrión humano ¿una nueva exigencia de la Ciencia y de la Medicina?. Medicina I Morale 2: 172-190, 1994.
- 176.- **SIBI:** Declaración de Bioética de Gijón; disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003.
- 177.- **SPAEMANN R:** ¿Son todos los hombres personas?. Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1027-1033, 1997.
- 178.- **STITH R:** ¿El embrión como persona?. El aporte fundamental del derecho. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 39-54, 2002.
- 179.- **SUÁREZ A:** El embrión humano es una persona. Una prueba. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 19-38, 2002.
- 180.- **TESTART J:** Los caprichosos catorce días del "preembrión". Cuadernos de Bioética 12: 66-72, 1992.
- 181.- **TORRES M:** Células madre embrionarias: biología y aplicaciones terapéuticas posibles. Boletín de la SEBBM, 134: B-11, 2002.
- 182.- **TRACY D:** La clonación humana y la esfera pública: una defensa de las intuiciones del bien, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 185-196). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 183.- **TRIBE L:** En torno a no prohibir la clonación por las razones equivocadas, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 211-221). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 184.- **UNESCO:** Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos; disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003.
- 185.- **VAN DER BERGHE H:** ¿Por quién nos interesaremos en el futuro?. Cuadernos de Bioética X (3º) 38: 433-437, 1999.

- 186.- **VARSI E**: Efectivizando la protección del genoma humano, los derechos humanos y los derechos del niño. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Clonación, genética y ética) XI (3 y 4) 43: 373-385, 2000.
- 187.- **VARSI E**: La clonación. De la Ciencia a la Ley; disponible en <http://comunidad.derecho.org/dergenetico/clonacion.html>. 20/11/2002.
- 188.- **VELAYOS J y SANTAMARÍA L**: El comienzo de la vida humana. Cuadernos de Bioética 20: 1-9, 1994.
- 189.- **VELAYOS J y SANTAMARÍA L**: Consideraciones en torno al comienzo de la vida humana. Cuadernos de Bioética 25: 1-9, 1996.
- 190.- **VVAA**: Un año de ciencia y tecnología -magazine 2002- separata de Muy Interesante 260, 2003.
- 191.- **VVAA**: (Editorial): Monográfico sobre células madre. Andalucía Investiga 1-3, Abril, 2003.
- 192.- **WILMUT I, CAMPBELL K y TUDGE C**: La segunda creación: De Dolly a la clonación humana. Ed. Sine Qua nom. Barcelona, 2000.
- 193.- **REYES-LAGUNES I**: Op. Cit. 1993.
- 194.- **SUMMER G (edit.)**: Medición de las actitudes. Ed. Trillas (3ª edic.). México, 1982.
- 195.- **JARA P y ROSEL J**: Op. Cit. 1999.
- 196.- **CROCKER LM y ALGINA J**: Op. Cit. 1986.
- 197.- **GARZÓN A**: Técnicas instrumentales: Psicología Social. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia. Valencia, 1984.
- 198.- **ANASTASI A**: Psychological Festing (6ª edic.). Ed. Mac Millan. Nueva Cork, 1988 (existe una revisión castellana de una edición anterior en Ed. Aguilar, Madrid.).
- 199.- **MUÑIZ J**: Op. Cit. 1997.
- 200.- **NEVO B**: Face validity revisited. Journal of Educational Measurement, 22: 287-293, 1985.
- 201.- **CRONBACH L**: Test validation, en R Thorndike, Educationalmeasurement (pp 443-507). American Council on Education. Washington, 1971.
- 202.- **COMIN E**: Validación de encuestas. Atención Primaria 7 (5): 386-390, 1990.
- 203.- **COMIN E**: Ibidem, 1990.
- 204.- **STREINER D y NORMAN G**: Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. Oxford Medical Publications (Oxford University Press). Nueva York, 1992.

- 205.- **CARRASCO J:** Op. Cit. 1988.
- 206.- **JARA P y ROSEL J:** Op. Cit. 1999.
- 207.- **JARA P y ROSEL J:** Íbidem, 1999.
- 208.- **YELA M:** Apuntes de Psicología Matemática II. Universidad Complutense de Madrid. Somosaguas, 1977.
- 209.- **FORTIN M:** Op. Cit. 1999.
- 210.- **POLIT D y HUNGER B:** Op. Cit. 1985.

4.5.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS

- 211.- **SILVA F:** Op. Cit. 2003.
- 212.- **WEEKS K:** S.P.S.S.: Statistical package for the social sciences. Chicago University Press. Chicago, 1999.
- 213.- **VISANTA B:** Análisis estadístico con S.P.S.S. para Windows. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1998.
- 214.- **LIZASOAIN L y JOARISTI L:** Gestión y análisis de datos con S.P.S.S. Versión 11.5. Ed. Thomson. Madrid, 2003.
- 215.- **JOARISTI L:** S.P.S.S. Aplicaciones en estadística. Ed. Thomson. Madrid, 2003.
- 216.- **DOMENECH J:** Tablas de estadística. Ed. Herder. Barcelona, 1992.

VI) ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1.- ANÁLISIS DE LOS RASGOS PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA Y LOS CONTROLES

6.1.1.- SEXO

- 1.- **COCKERHAM W:** Sociología de la Medicina (8ª edic.). Ed. Prentice Hall. - Pearson Educación-. Madrid, 2002.
- 2.- **GALA F, LUPIANI M, DÍAZ M et al:** Actitudes hacia el SIDA entre profesionales sanitarios. Scientia VIII (1): 51-60, 1997.
- 3.- **PÉREZ M, DOMÍNGUEZ J, MURILLO F y NÚÑEZ A:** Actitudes del Personal Sanitario hacia la donación de órganos. Rev. de Ps. de la Salud V (1): 3-18, 1993.
- 4.- **RAJA R, GALA F, GONZÁLEZ J, LUPIANI M et al:** Influencias de las creencias religiosas en las actitudes del Personal de Enfermería ante la muerte. Enfermería Científica 260/61: 22-35, 2003.
- 5.- **GALA F, GUILLÉN C, LUPIANI M et al:** Actitudes hacia la muerte en el P.S. según sus creencias religiosas. Encuentros en Ps. Social I (3): 19-26, 2003.
- 6.- **ROBERTS H:** Sexo, género y atención sanitaria, en S French y J Sim, Fisioterapia: un enfoque psicosocial (pp 65-75). Ed. Mc Graw-Hill (3ª edic.). Madrid, 2006.
- 7.- **ANÓNIMO:** -Editorial- One hundred years ago (taken from British Medical Journal 1877). Br. Med. J. 2: 1149, 1977.
- 8.- **ANÓNIMO:** -Editorial- Women in medicine. Br. Med. J. 1: 56, 1976.
- 9.- **BEWLEY B y BEWLEY T:** Hospital doctors` career structure and misuse of medical women power. Lancet 2: 270-272, 1975.
- 10.- **DE ESTOBOI J -también conocido como J ESCOBEDO -:** Colección de tropos selectos, apotegemas y preceptos. BAC. Madrid, 1987.
- 11.- **BLECHMAN E y BROWNELL:** Medicina conductual de la mujer. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1992.
- 12.- **MACCOBY E:** Desarrollo de las diferencias sexuales. Ed. Marova (2ª edic.). Madrid, 1986.
- 13.- **SHERMAN J:** Psicología de la Mujer. Ed. Marova. Madrid, 1988.
- 14.- **DÍEZ J:** La realidad social en España. Fundación BBVA y Caja Madrid. Ed. Ellacuría. Madrid, 2002.

- 15.- **MARÍN M:** Sociedad y Educación. Ed. Eudema. Sevilla, 1996.
- 16.- **RAJA R:** Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el P.S. ante la muerte. Tesis Doctoral. Cádiz, 2001.
- 17.- **GALA F:** Actitudes en torno al SIDA: Un análisis de la Población de Enfermería de la provincia de Cádiz. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1993.
- 18.- **GUILLÉN C, BAS P, GALA F, LUPIANI M et al:** Estudio psicopatológico de una muestra de profesionales sanitarios en la provincia de Cádiz, en J. M Alberca y C Prieto (comps.) Avances en Psicología Clínica y de la Salud. Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. Málaga, 1997.
- 19.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.

6.1.2.- EDAD

- 20.- **GALA F:** Op. Cit. 1993.
- 21.- **GUILLÉN C, BAS P, GALA F, LUPIANI M et al:** Op. Cit. 1997.
- 22.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.
- 23.- **RAJA R:** Ibidem, 2001.
- 24.- **MORALEDA M:** Psicología del desarrollo. Ed. Boixareu Universitaria. Barcelona, 1992.
- 25.- **SERRA E, GONZÁLEZ A y OLLER A:** Desarrollo adulto. Ed. Grupo Editor Universitario (2ª edic.). Barcelona, 2002.
- 26.- **VEGA J y BUENO B:** Desarrollo Adulto y Envejecimiento. Ed. Síntesis. Madrid, 1995.
- 27.- **TAJFEL H:** Grupos humanos y Categorías Sociales. Ed. Herder. Barcelona, 1989.
- 28.- **HEINTZ P:** Los prejuicios sociales. Ed. Tecnos (2ª edic.). Madrid, 1998.
- 29.- **GALA F:** Op. Cit. 1993.

6.1.3.- ESTADO CIVIL

- 30.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.
- 31.- **GUILLÉN C, BAS P, GALA F, LUPIANI M et al:** Op. Cit. 1997.
- 32.- **GALA F:** Op. Cit. 1993.
- 33.- **DÍEZ J:** Op. Cit. 2002.

- 34.- **RODRÍGUEZ C, ARANDA A, BLASI I et al:** Ciencia del Espíritu: La Religión (Vol. I). Ed. Rialp. Madrid, 1985.
- 35.- **NOSS J:** Man`s Religions. The McMillan Company. Nueva York (2ª edic.) 1996.
- 36.- **BEDOYA J:** Actitudes Básicas y Religión. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga 1995.
- 37.- **BANDURA A:** Teoría del Aprendizaje Social. Ed. Espasa. Madrid, 1982.
- 38.- **AJZEN I y FISHBEIN M:** Attitudes, Personality and Behavior. Open University Press. Chicago, 1980.
- 39.- **BLANCO A:** Factores psicosociales de la vida adulta, en M Carretero, J Palacios y A Marchesi (edits.) Psicología Evolutiva (Vol. III) -Adolescencia, Madurez y Senectud- (pp 305-327). Alianza Editorial. Madrid, 1985.
- 40.- **ARONSON E:** El Animal Social. Alianza Editorial (9ª edic.). Madrid, 1990.

6.1.4.- NIVEL ACADÉMICO

- 41.- **GUILLÉN C, BAS P, GALA F, LUPIANI M et al:** Op. Cit. 1997.
- 42.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.
- 43.- **GALA F:** Op. Cit. 1993.
- 44.- **PALACIOS J, MARCHESI A y COLL C:** Desarrollo Psicológico y Educación (VMI). Alianza Editorial. Madrid, 1994.
- 45.- **GALA F, LUPIANI M, DÍAZ M et al:** Op. Cit. 1997.

6.1.5.- CENTRO DE TRABAJO

- 46.- **ANÓNIMO:** Andalucía y Cataluña piden una revisión de los numeros clausus en Medicina y Enfermería. -Declaraciones de la Ministra de Sanidad (Elena Salgado) y de las Consejeras de Salud de Andalucía (M.J. Mateo) y Cataluña (M. Geli). El País 28/01/2006.
- 47.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.
- 48.- **BEDOYA J:** Op. Cit. 1995.

6.1.7.- SERVICIO HOSPITALARIO

- 49.- **GUILLÉN C, BAS P, GALA F, LUPIANI M et al:** Op. Cit. 1997.

- 50.- GALA F, LUPIANI M, DÍAZ M et al: Op. Cit. 1997.
- 51.- RAJA R: Op. Cit. 2001.
- 52.- GALA F: Op. Cit. 1993.

6.1.8.- PERSONAL SANITARIO VS. NO SANITARIO

- 53.- COLLIÈRE M: Promover la vida. De la práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Ed. Interamericana. Madrid, 1993.
- 54.- HARRIS M: Vacas, cerdos, guerras y brujas. Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1983.
- 55.- MEAD M: Male and female. Ed. Morrow. Nueva York, 1949.
- 56.- LÓPEZ N: Uso terapéutico o investigación con células troncales: Racionalidad científica. Cuadernos de Bioética XV (54): 171-177, 2004.
- 57.- NBAC: Ciencia y aplicación de la clonación, en M Nussbanm y C Sunstein, Clones y Clones: Hechos y fantasías sobre la clonación humana (pp 39-48). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 58.- MACKIE D y SMITH E: From prejudice to intergroup emotions: Differentiated Reactions to Social Groups. Wiley and Sons. Nueva York, 2004.

6.1.9.- MEDICINA VS. ENFERMERÍA

- 59.- AMÓN J: Multidimensionalidad de la religiosidad utilitaria a través de la afinidad entre las cuestiones intrínsecas y extrínsecas. Rev. de Psicología General Aplicada, 95: 983-988, 1968.
- 60.- MONCADA A: Religión a la carta. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1996.

6.1.10.- ANTIGÜEDAD

- 61.- DÍEZ J: Op. Cit. 2002.
- 62.- ROBERTS H: Op. Cit. 2006.
- 63.- COLLIÈRE M: Op. Cit. 1993.
- 64.- VEGA J y BUENO B: Op. Cit. 1995.
- 65.- BEDOYA J: Op. Cit. 1995.

6.1.11.- CONOCIMIENTOS SOBRE LA CLONACIÓN

- 66.- **YZERBYT V, CORNEILLE O y JUDD CH:** The Psychology of Group Perception: Perceived Variability, Entitativity and Essentialism. Psychology Press -Taylor and Francis Group- Nueva York, 2004.
- 67.- **HADDOCK G y MAIO G:** Contemporary Perspectives on the Psychology of Attitudes. Psychology Press -Taylor and Francis Group- Nueva York, 2004.
- 68.- **ATO M y LÓPEZ J:** Análisis estadístico para datos categóricos. Ed. Pirámide. Madrid, 1996.
- 69.- **LEE R y RENZETTI J:** The problems of researching sensitive topics. American Behavioral Scientist, 33: 510-528, 1990.
- 70.- **ROSEL J, CABALLER A, RANDO B et al:** Análisis de clases latentes de variables actitudinales, en M Ato y J López (edits). Actas del IV Simposium de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia, 1995.
- 71.- **BOHNER G y WÄNKE M:** Attitudes and attitude change. Psychology Press -Series: Social Psychology: A Modular Course- Nueva York, 2002.
- 72.- **HADDOCK G y MAIO G:** Op. Cit. 2004.
- 73.- **Mc GUIRE W:** Attitudes and attitude change, en G Lindzey y E Aronson (edits.), Handbook of Social Psychology (vol II). Randon House. Nueva York, 1985.
- 74.- **GALA F, LUPIANI M y GUILLÉN C:** Las Actitudes y la Conducta interpersonal, en C Jiménez (edit.), Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud I. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba (en prensa).
- 75.- **READINGS K:** Social cognition. Psychology Press. Nueva York, 2005.

6.1.12.- FAMILIAR/ALLEGADO BENEFICIARIO DE TÉCNICAS DE CLONACIÓN

- 76.- **PARDO R:** Estudio de las percepciones y actitudes hacia la Biotecnología en Europa. Unidad de Estudios de Opinión Pública de la Fundación BBVA. Fundación BBVA. Madrid, 2003.
- 77.- **PARDO R:** Ibidem, 2003.

78.- **SMITH C et al:** Effects of emotion or mood on cognition and motivation. *Cognition and emotion* XX (1): 40-62, 2006 -disponible también en, www.psypress.co.uk/cogmotion, 2006.

6.1.13.- CREENCIAS RELIGIOSAS

79.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.

80.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** La situación de la religión en España a principios del siglo XXI. Publicaciones del CIS. Madrid, 2005.

81.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** Ibidem, 2005.

82.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** Ibidem, 2005.

83.- **ANÓNIMO:** Juventud en España. Informe del Instituto de la Juventud. Madrid, 2005.

84.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.

85.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** Op. Cit. 2005.

86.- **FUNDACIÓN BBVA:** Encuesta Europea sobre Biotecnología. Publicaciones del BBVA. Madrid, 2003.

6.1.14.- PRACTICANTE RELIGIOSO

87.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** Op. Cit. 2005.

88.- **AMÓN J:** Op. Cit. 1968.

89.- **AMÓN J y YELA M:** Dimensiones de la religiosidad. *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 95: 989-993, 1968.

90.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.

91.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** Op. Cit. 2005.

92.- **PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J:** Ibidem, 2005.

93.- **RAJA R:** Op. Cit. 2001.

94.- **MONCADA A:** Op. Cit. 1996.

6.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ESCALAS, SUS INTERRELACIONES Y CORRELACIONES

6.2.1.- ESCALA "F"

- 95.- HEINTZ P:** Op. Cit. 1998.
- 96.- MACKIE D y SMITH E:** Op. Cit. 2004.
- 97.- LUPIANI M, GALA F, DÍAZ M et al:** Los prejuicios: contaminantes ideológicos ambientales, en VVAA, Salud y Medio Ambiente (pp 57-53). Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1996.
- 98.- STANGOR CH:** Stereotypes and Prejudice -Serie Key Readings in Social Psychology- Psychology Press. Nueva York, 2000.
- 99.- GALA F:** Op. Cit. 1993.
- 100.- ADORNO T:** La personalidad autoritaria. Ed. Proyección. Buenos Aires, 1965.
- 101.- KIRSCHT J y DILLEHAY R:** Dimensions of authoritarianism a review of research and theory. University of Kentucky Press. Frankfort, 1987.
- 102.- GALA F, LUPIANI M, DÍAZ M et al:** Op. Cit. 1997.
- 103.- GALA F, MARTÍNEZ J, DÍAZ M, LUPIANI M et al:** Necesidad de una intervención psicosocial entre el P.S. para paliar los miedos y prejuicios hacia el SIDA. Rev. Enfermería Científica 164-165:52-56, 1995.
- 104.- GALA F, LUPIANI M, GUILLÉN C et al:** Prejuicios hacia el SIDA entre alumnos de Fisioterapia, Enfermería y Medicina. Rev. Fisioterapia vol XX-1: 35-41, 1998.
- 105.- MÁRQUEZ D:** Células madre: La revolución de la Biomedicina. Andalucía Investiga, 1: 5-10, 2003.
- 106.- BROCK D:** La clonación de seres humanos: una valoración de los pros y los contras éticos, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.) Clones y Clones (pp 141-161). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 107.- ANÓNIMO:** Clones y Ética: sobre células madre y prejuicios religiosos, en Anónimo, La clonación. Monografías. Com. Bayard; disponible en www.monografias.com/trabajos14/clonacion.html. 10/12/2005.

6.2.2.- ESCALA "R"

- 108.- RAJA R: Op. Cit. 2001.
- 109.- YZERBYT V, CORNEILLE O y JUDD CH: Op. Cit. 2004.
- 110.- HADDOCK G y MAIO G: Op. Cit. 2004.
- 111.- PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J: Op. Cit. 2005.
- 112.- BEDOYA J: Op. Cit. 1995.
- 113.- PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J: Op. Cit. 2005.
- 114.- SERRA E, GONZÁLEZ A y OLLER A: Op. Cit. 2002.
- 115.- ZACARÉS J y SERRA E: La madurez personal: Perspectivas desde la Psicología. Ed. Pirámide. Madrid, 1998.
- 116.- VEGA J y BUENO B: Op. Cit. 1995.
- 117.- RAJA R: Op. Cit. 2001.

6.2.3.- ESCALA "C"

- 118.- ANÓNIMO: Encuesta sobre la investigación con células madre de embriones. Sección Tú opinas, en MH mujer.com (www.mhmujer.com). Mujer Hoy, 3/07/2004.
- 119.- ANÓNIMO: Resultado de una encuesta, en Clones y Ética: sobre células madre y prejuicios religiosos, en Anónimo, La clonación. Monografías. Com. Bayard; disponible en www.monografias.com/trabajos14/clonacion.html. 10/12/2005.
- 120.- ANÓNIMO: Opiniones y actitudes de los españoles hacia la Biotecnología. (Estudio 2412). Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS-. Madrid, 2001.
- 121.- FUNDACIÓN BBVA: Op. Cit. 2003.
- 122.- PARDO R: Op. Cit. 2003.
- 123.- ANÓNIMO: Noticias científicas. Jano On-line, disponible en www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/press. 30/04/2002.

6.3.- ANÁLISIS POR FACTORES E ÍTEMS DE LA ESCALA "C"

6.3.2.- FACTORES O SUBESCALAS DE LA ESCALA C

6.3.2.1.- Escala C completa

- 124.- **CUERDO C:** Declaraciones del Sr. Presidente del Gobierno en la inauguración del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (Cabimar). Noticia de agencia publicada entre otros diarios por La VOZ, El Mundo y El País. 28/03/2006.
- 125.- **ANÓNIMO:** -Mujer Hoy- Op. Cit. 2004.
- 126.- **ANÓNIMO:** -CIS- Op. Cit. 2001.
- 127.- **ANÓNIMO:** -CIS- Ibidem. 2001.
- 128.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 129.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.

6.3.2.2.- Factor (Subescala) 1

- 130.- **AULESTIARTE S:** El estatuto jurídico del embrión clónico. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 331-355, 2004.
- 131.- **LISKER R:** Aspectos éticos de la clonación humana, en F Cano (coord.), Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/2/2004.
- 132.- **BROCK D:** La clonación de seres humanos: Una valoración de los pros y los contras éticos, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). Clones y clones (pp 141-161). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 133.- **DÍAZ DE TERÁN Mª C:** El embrión en vitro como fuente de células troncales: Análisis jurídico-crítico. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 317-329, 2004.
- 134.- **TRIBE L:** Entorno a no prohibir la clonación por las razones equivocadas, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). Clones y clones (pp 211-221). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 135.- **RAGER G:** Embrión-Hombre-Persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1049-1061. 1997.

- 136.- **APARISI A**: Entorno al principio de la dignidad humana (A propósito de la investigación con células troncales embrionarias). Cuadernos de Bioética (XV) 54: 257-282, 2004.
- 137.- **BRISTOW P**: The moral dignity of man. Four Courts Press (2ª edic.). Dublín, 2005.
- 138.- **FERRER M y PASTOR L**: Génesis y uso del término "pre-embrión" en la literatura científica. Persona y Bioética 2: 1-27, 1998.
- 139.- **COMITÉ WARNOCK**: Recomendaciones y Relación Final. Informe de la Comisión de Investigación sobre fecundación y embriología humana. Londres, 1984; disponible en www.comunidad.derecho.org/dergenetico/comision warnock.html. 28/10/2003.
- 140.- **Mc LAREN A**: Prelude to embryogenesis, en The CIBA Foundation (ed.), Human embryo research yes or no? (pp 5-23). Tavistock Publication. Londres, 1986.
- 141.- **BALLESTEROS J**: El estatuto ontológico del embrión. Libro de Actas del Ier. Congreso Árbol de la Vida: 81-100. Ediciones Árbol de la Vida. Barcelona, 2005.
- 142.- **FEMENIA P**: Status jurídico civil del embrión humano, con especial consideración al concebido in vitro. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1999.
- 143.- **HERRANZ G**: Ética de las intervenciones sobre el embrión preimplantado. Anuario Filosófico 27: 117-135, 1994.
- 144.- **PALACIOS M**: La clonación de preembriones y otras técnicas: cuestiones polémicas, en M Palacios (coord.), Los avances de la Biotecnología: cuestiones de impacto social (pp 7-11). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.
- 145.- **PALACIOS M**: Consideraciones sobre la clonación, en I Benítez (coord.), Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos (pp 31-53). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 146.- **PASTOR L**: Estatuto del embrión humano. Cuadernos de Bioética, 11: 5-13, 1992.
- 147.- **TESTART J**: Los caprichosos catorce días del "preembrión". Cuadernos de Bioética 12: 66-72, 1992.
- 148.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al**: Dimensiones que estructuran las actitudes del Personal de Enfermería hacia la clonación, obtenidas a través de la utilización de un instrumento. Libro de Ponencias del IX Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Formato Electrónico). Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. Madrid, 2005.

- 149.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Evaluation of the attitudes of Medical Staff towards cloning. 9 th European Congress of Psychology (Libro de resúmenes. Formato Electrónico). Granada, 2005.
- 150.- **MÁRQUEZ D:** Células madre: La revolución de la Biomedicina. Andalucía Investiga, 1: 5-10, 2003.
- 151.- **BROCK D:** Op. Cit. 2000.
- 152.- **ANÓNIMO:** Clones y Ética: sobre células madre y prejuicios religiosos, en Anónimo, La clonación. Monografías. Com. Bayard; disponible en www.monografias.com/trabajos14/clonacion.html. 10/12/2005.
- 153.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 154.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 155.- **ANÓNIMO:** Noticias científicas. Jano On-line, disponible en www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/press. 30/04/2002.

6.3.2.3.- Factor (Subescala) 2

- 156.- **LOZANO M:** Frankenstein S.A. (Tribuna Libre). Diario de Cádiz, 22/2/2004.
- 157.- **FRAKFUTER ALLGEMEINE ZEITUNG -citado por GUILLEBAUD JC-:** El principio de de Humanidad. Espasa-Fórum. Madrid, 2002.
- 158.- **GONZÁLEZ G:** El imperativo tecnológico: Una alternativa desde el humanismo. Cuadernos de Bioética (Especial Biotecnología y Derechos Humanos) XV (53): 37-57, 2004.
- 159.- **Mc LUHAN M:** ¿Hacia dónde se encamina el mundo?. Ed. Siglo XXI de España. Madrid, 1980.
- 160.- **LLOMPART J (coord.):** Qué podemos esperar de la genética. Círculo de Lectores. Barcelona, 2002.
- 161.- **KÜNG H:** En busca de nuestras huellas. Randon House Mondadori. Barcelona, 2004.
- 162.- **VAN DER BERGHE H:** ¿Por quién nos interesaremos en el futuro?. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética y clonación) X (38): 433-437, 1999.
- 163.- **ADORNO T:** La personalidad autoritaria. Edit. Proyección. Buenos Aires, 1965.
- 164.- **KIRSCHT J y DILLEHAY R:** Dimensions of authoritarianism a review of research and theory. Edit. University of Kentucky Press. Kentucky, 1987.
- 165.- **CHERRY F y BYRNE D:** Authoritarianism en, T Blass (Ed.) Personality Variables in social Behavior de T.H. Blass (Ed.). Edit. LEA (Publis). New Jersey, 1977.

- 166.- **SANFORD N:** Authoritarian personality in contemporary perspectives, en J. Knutson (ed.), *Handbook of Political Psychology*. Edit. Jossey-Bass. San Francisco, 1973.
- 167.- **PASTOR G:** Avances en la Psicometría del autoritarismo de derechas, en *Estudios en honor del profesor JL Pinillos (Varios Autores)*. Publicaciones de la Universidad Pontificia. Salamanca, 1991.
- 168.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 169.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 170.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 171.- **ANÓNIMO:** -CIS- Op. Cit. 2001.
- 172.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 173.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 174.- **ANÓNIMO:** -CIS- Op. Cit. 2001.

6.3.2.4.- Factor (Subescala) 3

- 175.- **TALAVERA P:** Patentes sobre genes humanos: Entre el derecho, el mercado y la ética. *Cuadernos de Bioética* (monográfico sobre Células Madre: Un estudio científico, ético y jurídico) XV (54): 213-255, 2004.
- 176.- **MARTÍNEZ C** -Director del Departamento de Inmunología y Oncología del Centro Nacional de Biotecnología/CSIC -: Declaraciones en Entrevista. *El Mundo* (Suplemento Cultural). 19/12/2001.
- 177.- **PALACIOS M:** Consideraciones sobre la clonación, en J Benítez (coord.), *Genética Humana en el tercer milenio* (pp 31-53). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 178.- **MÁRQUEZ D:** Op. Cit. 2003.
- 179.- **LISKER R:** Op. Cit. 2004.
- 180.- **BELLVER V:** Razones para el rechazo de la Clonación con fines de Investigación Biomédica (CIB). *Cuadernos de Bioética* (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 75-87, 2002.
- 181.- **DAWKINS R:** ¿Qué es lo que está mal en la clonación?, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). *Clones y clones* (pp 61-72). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 182.- **BROCK D:** Op. Cit. 2000.
- 183.- **BETHKE J:** Clonar o no clonar, en M Nussbanm y C Sunstein (edits.). *Clones y clones* (pp 177-184). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.

- 184.- **TRIBE L:** Op. Cit. 2000.
- 185.- **RAGER G:** Op. Cit. 1997.
- 186.- **MORA JE:** La clonación en mamíferos y en seres humanos: aproximación jurídica. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre *Genética y clonación*) X (38): 495-507, 1999.
- 187.- **WEEKS K:** S.P.S.S.: Statistical package for the social sciences. Chicago University Press. Chicago, 1999.
- 188.- **JOARISTI L:** S.P.S.S. Aplicaciones en estadística. Ed. Thomson. Madrid, 2003.
- 189.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 190.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 191.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 192.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 193.- **ANÓNIMO:** -CIS- Op. Cit. 2001.

6.3.2.5.- Factor (Subescala) 4

- 194.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** La clonación humana. Ed. Ariel. Barcelona, 2002.
- 195.- **NATIONAL BIOETHICS ADVISORY COMMISSION (NBAC):** Ciencia y aplicación de la clonación, en M. Nussbaum y C Sunstein (edits.), *Clones y clones* (pp 39-48). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 196.- **NBAC:** Informe sobre la clonación humana (*Cloning Human Beings: An Assessment of the Ethical Issues Pro and Con*). Gobierno de los Estados Unidos. Washington DC, 1997.
- 197.- **FUNDACIÓN BBVA:** Estudio de cultura medioambiental y biotecnología: Informe sobre clonación. En *las fronteras de la vida* (cap. IV Opinión pública y clonación). Fundación de Ciencias de la Salud. Instituto de Bioética. Madrid, 1999.
- 198.- **DE LA BARREDA L:** Los derechos humanos y la clonación humana, en F Cano (coord.), *Clonación humana*. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/2/2004.
- 199.- **DEL BARCO JL:** Bioética de las células madre. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre *Inicio de la vida y clonación*) XIII (47): 89-94, 2002.
- 200.- **BROCK D:** Op. Cit. 2000.
- 201.- **BETHKE J:** Op. Cit. 2000.

- 202.- **ROMEO C**: La clonación humana: Los presupuestos para una intervención jurídico-penal, en I Benítez (coord.) *Genética Humana en el tercer milenio (Aspectos éticos y jurídicos)* (pp 91-139). Madrid, 2002.
- 203.- **MÁRQUEZ D**: Op. Cit. 2003.
- 204.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S**: Op. Cit. 2002.
- 205.- **PASTOR L**: Bioética de la manipulación embrionaria humana. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1074-1103, 1997.
- 206.- **PALACIOS M**: Op. Cit. 2002.
- 207.- **BOADA M, DEXEUS S y BARRI P**: Clonación en reproducción asistida. SIBI 3 (enero-junio). 2000.
- 208.- **EGOZQUE J y CASADO M**: Células troncales embrionarias: entre la ciencia, la ética y el derecho. Boletín SEBBM, 134: 15-17, 2002.
- 209.- **BALLESTEROS J**: Op. Cit. 2005.
- 210.- **CALVO A**: El nasciturus como sujeto del derecho. Concepto constitucional de persona frente al concepto pandecista-civilista. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 283-298, 2004.
- 211.- **FORD M, SHANNON TH y WOLTER A**: Reflections on the Moral Status of the Pre-Embryo. Theol. Studies 51: 603-626, 1990.
- 212.- **NÚÑEZ DE CASTRO I**: Bioética de la clonación y estatuto del embrión. Conferencia impartida en el Seminario Diocesano de Cádiz, 30/6/2004.
- 213.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 214.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 215.- **FUNDACIÓN BBVA**: Op. Cit. 2003.
- 216.- **PARDO R**: Op. Cit. 2003.
- 217.- **ANÓNIMO**: -CIS- Op. Cit. 2001.

6.3.2.6.- Factor (Subescala) 5

- 218.- **WILMUT I, CAMPBELL K y TUDGE C**: La segunda creación: De Dolloy a la clonación humana. Ediciones B. Barcelona, 2000.
- 219.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S**: Op. Cit. 2002.
- 220.- **LÓPEZ N**: ¿Clones humanos?. Cuadernos de Bioética. (XV) 55: 385-404, 2004.

- 221.- **BELLVER V**: Op. Cit. 2002.
- 222.- **ROMEO C**: Op. Cit. 2002.
- 223.- **RAGER G**: Op. cit. 1997.
- 224.- **ANDORNO R**: La dimensión biológica de la personalidad humana: El debate sobre el estatuto del embrión. Cuadernos de Bioética (XV) 53: 29-36, 2004.
- 225.- **COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA (CNB)**: Identità e statuto dell'embrione umano. CNB. Roma, 1999.
- 226.- **BRISTOW P**: The moral dignity of man. Four Courts Press (2ª edic.). Dublín, 2005.
- 227.- **ANDORNO R**: La bioéthique et la dignité de la personne. PUF (2ª edic.). París, 2003.
- 228.- **SUÁREZ A**: El embrión humano es una persona. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 19-38, 2002.
- 229.- **POSTIGO E**: Bioética, clonación y células madre. Conferencia impartida en el Casino Gaditano el 25/05/2005.
- 230.- **BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE**: Manifiesto contra la clonación humana, la manipulación genética y la modificación genética de la especie humana, disponible en www.ourbodiesourselves.org/clonspan.html. 18/11/2002.
- 231.- **FRAKFUTER ALLGEMEINE ZEITUNG** -citado por **GUILLEBAUD JC** -: El principio de de Humanidad. Espasa-Fórum. Madrid, 2002.
- 232.- **BASS B**: Authoritarianism or Aquiescense. J. Abnormal Soc. Psychol. 51: 72-85, 1965.
- 233.- **MUÑIZ J**: Teoría clásica de los tests. Ed. Pirámide. Madrid, 2000.
- 234.- **MUÑIZ J**: Psicometría. Ed. Universitas. Madrid, 1996.
- 235.- **ADORNO T**: Op. Cit. 1965.
- 236.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 237.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 238.- **FUNDACIÓN BBVA**: Op. Cit. 2003.
- 239.- **NBAC**: Op. Cit. 1997.

6.3.2.7.- Factor (Subescala) 6

- 240.- **MARTÍNEZ C** -Director del Departamento de Inmunología y Oncología del Centro Nacional de Biotecnología/CSIC -: Op. Cit. 2001.

- 241.- **RUIZ E:** Entre el cientificismo y el mito de la "eterna juventud". Cuadernos de Bioética (monográfico sobre Células Madre: Un estudio científico, ético y jurídico) XV (54): 179-192, 2004.
- 242.- **GONZÁLEZ G:** El imperativo tecnológico: Una alternativa desde el humanismo. Cuadernos de Bioética (Especial Biotecnología y Derechos Humanos) XV (53): 37-57, 2004
- 243.- **PALACIOS M:** Op. Cit. 2002.
- 244.- **VAN DER BERGHE H:** Op. Cit. 1999.
- 245.- **LÓPEZ N:** Uso terapéutico e investigación con células troncales humanas: Racionalidad científica. Cuadernos de Bioética (XV) 53: 77-97, 2004.
- 246.- **GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al (Grupo de Investigación de Biología Celular y Molecular del Dpto. de Biología Celular, Fisiología e Inmunología de la Universidad de Córdoba):** Obtención de células madre y su aplicación terapéutica. Andalucía Investiga (Monográfico sobre Células Madre). Abril, 2003.
- 247.- **GARCÍA JP y DELGADO E:** Células pluripotentes, su plasticidad y potencial terapéutico. Boletín SEBBM 134: 13-14, 2002.
- 248.- **EGOZQUE J y CASADO M:** Células troncales embrionarias: entre la ciencia, la ética y el derecho. Boletín SEBBM, 134: 15-17, 2002.
- 249.- **KUEHNLE I y GOODELL M:** The therapeutic potential of stem cells from adults. B.M.J. 325: 372-376, 2002.
- 250.- **RAGER G:** Meuschsein zwischea Lebensanfang und Lebensende. Grundzüge einer medizinischen Anthropologie, en L Honnefelder y G Rager (edits.). Arzthches Urteilen und Handel. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik, (pp 53-103). Frankfurt, 1994.
- 251.- **BROCK D:** Op. Cit. 2000.
- 252.- **DÍAZ DE TERÁN M^a C:** Op. Cit. 2004.
- 253.- **APARISI A:** Entorno al principio de la dignidad humana (A propósito de la investigación con células troncales embrionarias). Cuadernos de Bioética (XV) 54: 257-282, 2004.
- 254.- **DEL RÍO C:** Aspectos éticos de la clonación humana con fines reproductivos y terapéuticos. Informació Psicológica 77: 11-21, 2001.
- 255.- **FERRER V:** La identidad dinámica del embrión y los límites a la investigación biológica. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 299-316, 2004.
- 256.- **LUCAS R:** Antropología y Problemas Bioéticos. BAC. Madrid, 2001.

- 257.- **SINGER P**: Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional. Ed. Ariel. Barcelona, 1997.
- 258.- **DWORKIN R**: Life`s dominion: an argument about abortion, euthanasia and individual freedom -citado por **J Ballesteros**:- Exigencias de la dignidad humana en biojurídica, en G Tomás, Manual de Bioética (pp 182-185). Ed. Ariel. Barcelona, 2001.
- 259.- **SANTIAGO E**: El potencial terapéutico de las células madre. Imposiciones y realidades. Nueva Revista 84: 41-57. 2002.
- 260.- **CUERDO C**: Op. Cit. 2006.
- 261.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 262.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 263.- **PUNSET E**: ¿Las dudas éticas están retrasando la clonación? -columna periódica- "Excusas para no pensar". El Semanal 26/03/2006.
- 264.- **VERFAILLIE C, PERA M y LANSDORP P**: Stem cells: hype and relity. Hemetology 105: 369-389, 2002.
- 265.- **AZNAR J**: Células madre de tejidos adultos. Una opción terapéutica real. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 95-106, 2002.
- 266.- **LÓPEZ N**: Aspectos biomédicos de la clonación humana y células madre, en VVAA La bioética en el siglo de la biotecnología (pp 151-178). Ediciones de la Universidad de Murcia, 2001.
- 267.- **LÓPEZ N**: Op. Cit. 2004-b-.
- 268.- **ANÓNIMO**: -CIS- Op. Cit. 2001.

6.3.2.8.- Factor (Subescala) 7

- 269.- **RUIZ E**: Op. Cit. 2004.
- 270.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S**: Op. Cit. 2002.
- 271.- **JAN RYN Z**: La clonación humana. Aspectos Psicológicos y Antropológicos. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética clonación y ética) XI (43): 329-337, 2000.
- 272.- **MÁRQUEZ D**: Op. Cit. 2003.
- 273.- **FORD M, SHANNON TH y WOLTER A**: Op. Cit. 1990.
- 274.- **DEL BARCO JL**: Op. Cit. 2002.

- 275.- BROCK D: Op. Cit. 2000.
- 276.- TRIBE L: Op. Cit. 2000.
- 277.- RAGER G: Op. Cit. 1997.
- 278.- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA (CNB): Op. Cit. 1999.
- 279.- BRISTOW P: Op. Cit. 2005.
- 280.- ANDORNO R: Op. Cit. 2003.
- 281.- FERRER V: Op. Cit. 2004.
- 282.- FERRER M y PASTOR L: Op. Cit. 1998.
- 283.- COMITÉ WARNOCK: Op. Cit. 2003.
- 284.- D`AGOSTINO F: Bioética y Persona. Cuadernos de Bioética (XV) 53: 11-16, 2004.
- 285.- ANÓNIMO: Op. Cit. 2005.
- 286.- CENTRO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SACRO QUORE: La clonación humana "terapéutica"; disponible en www.vidahumana.org/vidafam/repro/congelados.html. 19/11/2002.
- 287.- COPERÍAS E: ¡Madre, qué células! (las nuevas armas contra la enfermedad). Muy Interesante 245: 70-78, 2001.
- 288.- DAWKINS R: Op. Cit. 2000.
- 289.- KASS L: la sabiduría de la repugnancia moral; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 290.- NBAC: Perspectivas religiosas, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 163-175). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 291.- TRACY D: La clonación humana y la esfera pública: una defensa de las intuiciones del bien, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 185-196). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 292.- VVAA: (Editorial): Monográfico sobre células madre. Andalucía Investiga 1-3, Abril, 2003.
- 293.- CUERDO C: Op. Cit. 2006.
- 294.- PUNSET E: Op. Cit. 2006.
- 295.- LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al: Op. Cit. 2005.
- 296.- GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al: Op. Cit. 2005.
- 297.- FUNDACIÓN BBVA: Op. Cit. 2003.
- 298.- PARDO R: Op. Cit. 2003.

- 299.- PARDO R: Ibidem. 2003.
300.- PARDO R: Ibidem. 2003.
301.- PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J: Op. Cit. 2005.
302.- ANÓNIMO: -CIS- Op. Cit. 2001.

6.3.2.9.- Factor (Subescala) 8

- 303.- GONZÁLEZ G: Op. Cit. 2004.
304.- LÓPEZ M y ANTUÑANO S: Op. Cit. 2002.
305.- SERANI A: El estatuto antropológico y ético del embrión humano. Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho) VIII (31): 1063-1074, 1997.
306.- BOADA M, DEXEUS S y BARRI P: Op. Cit. 2000.
307.- FORD M: When did I begin?. Conception of the Human Individual in History, Philosophy and Science. Peguin. Cambridge, 1988.
308.- RAGER G: Op. Cit. 1994.
309.- TESTART J: L'oeuf transparent. Ed. Licée. París, 1986.
310.- BROCK D: Op. Cit. 2000.
311.- SERRA C y COLOMBO R: Identidad y estatuto del embrión humano. Ed. EIUNSA. Madrid, 2000.
312.- COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN: Informe sobre la clonación (Fundación de Ciencias de la Salud). Ediciones Doce Calles. Madrid, 1999.
313.- PALAZZANI L: Introduzione alla Biogiuridica. Giappichelli (Ed.). Turín, 2002.
314.- DEL RÍO C: Op. Cit. 2001.
315.- BALLESTEROS J (coord.): La humanidad in vitro. Ed. Comares. Granada, 2002.
316.- PASTOR L: Clonación experimental: encrucijada ética. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 9-16, 2002.
317.- LUCAS R: Antropología y Problemas Bioéticos. BAC. Madrid, 2001.
318.- FEMENIA P: Status jurídico civil del embrión humano, con especial consideración al concebido in vitro. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1999.
319.- PONTIFICIA ACADEMIA DE LA VIDA: Declaración sobre la producción y uso científico de células estaminales embrionarias humanas. Ed. LEV. Ciudad del Vaticano, 2000.

- 320.- **PASTOR L:** Informe: La investigación sobre células madre. Análisis preliminares y posturas bioéticas, en *VVAA*, El destino de los embriones congelados. Fundación Universitaria Española. Madrid, 2003.
- 321.- **OLIVEIRO A:** Dove ci porta la Scienza. Ed. Laterza. Roma, 2003.
- 322.- **CARMONA M:** La posición del embrión humano como sujeto de las técnicas de reproducción asistida. *Cuadernos de Bioética* 20: 35-38, 1994.
- 323.- **COPERÍAS E:** Bebés de laboratorio (Límites éticos y científicos de la reproducción asistida). *Muy Interesante* 44-54, 2003.
- 324.- **ESTELLES P:** La persona del concebido. *Cuadernos de Bioética (Especial sobre El comienzo de la vida humana: Ética, Biología y Derecho)* VIII (31): 1122-1128, 1997
- 325.- **GARCÍA G:** La filiación en el caso de la utilización de técnicas de reproducción asistida. *Cuadernos de Bioética* X (3ª) 38: 479-493, 1999.
- 326.- **GARRIDO F:** La teoría de la elección racional y biotecnología de transgénicos, en I Benítez (coord.) *Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos* (pp 239-269). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 327.- **HIDALGO N:** Clonación y reproducción en serie de seres humanos ¿una alternativa del s. XXI?. *Rev. Derecho y Genoma Humano*. XII (4): 51-72, 1997.
- 328.- **MAURIZIO P:** La cuestión de los embriones congelados; disponible en [www. vida humana.org/vidafam/repro/congelados.html](http://www.vida humana.org/vidafam/repro/congelados.html). 19/11/2002.
- 329.- **PARDO A:** Bioética y manipulación de embriones. *Cuadernos de Bioética* 17-18: 7-18, 1994.
- 330.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 331.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 332.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 333.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 334.- **PARDO R:** Ibidem. 2003.
- 335.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 336.- **FUNDACIÓN BBVA:** Ibidem. 2003.
- 337.- **JAN RYN Z:** Op. Cit. 2000.
- 338.- **GALA FJ, LUPIANI M y GUILLÉN C:** Las actitudes y la conducta interpersonal, en C Jiménez (Edit.), *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud I*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba (en prensa).

339.- CANTERO FJ, LEÓN JM y BARRIGA S: Actitudes: naturaleza, formación y cambio, en JM León, S Barriga, T Gómez et al (edits.), *Psicología Social* (pp 117-131). Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1998.

6.3.2.10.- Factor (Subescala) 9

340.- LOZANO M: Frankenstein S.A. (Tribuna Libre). Diario de Cádiz, 22/2/2004.

341.- MÁRQUEZ D: Op. Cit. 2003.

342.- WILMUT I, CAMPBELL K y TUDGE C: Op. Cit. 2000.

343.- GARCÍA S, DURÁN M, DELGADO E et al (Grupo de Investigación de Biología Celular y Molecular del Dpto. de Biología Celular, Fisiología e Inmunología de la Universidad de Córdoba): Op. Cit. 2003.

344.- RAMÍREZ H: La Bioética más allá del desarrollo: Notas sobre la perspectiva del Sur a propósito de la investigación con células madre y la clonación humana. Cuadernos de Bioética (XV) 54: 193-211, 2004.

345.- FUNDACIÓN BBVA: Estudio de cultura medioambiental y biotecnología: Informe sobre clonación. En las fronteras de la vida (cap. IV Opinión pública y clonación). Fundación de Ciencias de la Salud. Instituto de Bioética. Madrid, 1999.

346.- BETHKE J: Op. Cit. 2000.

347.- TRIBE L: Op. Cit. 2000.

348.- COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN: Op. Cit. 1999.

349.- BEDATE C: El estatuto ético del embrión humano: una reflexión ante propuestas alternativas, en C Bedate y F Mayor-Zaragoza, *Gen-ética* (pp 32-40). Ed. Ariel. Barcelona, 2003.

350.- PALLAZZANI L: Il concetto di persona tra bioética e diritto. Ed. Giappichelli. Turín, 1996.

351.- VVAA: La Bioética en el milenio biotecnológico. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia, 2001.

352.- BELLVER V: Op. Cit. 2002.

353.- BOSTON WOMEN`S HEALTH BOOK COLLECTIVE: Op. Cit. 2002.

354.- KASS L: Op. Cit. 2003.

355.- PÉREZ F: Clonación y células madre: impacto social, ético y moral; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.

- 356.- **ROMEO C:** ¿Límites jurídicos a la investigación y a sus consecuencias?. El paradigma de la clonación. *Rev. De Derecho y Genoma Humano*. XII (6): 21-34, 1997.
- 357.- **PUNSET E:** Op. Cit. 2006.
- 358.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Presentación de un cuestionario para medir las actitudes del P.S. hacia la clonación, en JM Alberca (edit.) 9º Congreso Nacional de Ps. Clínica y de la Salud. Libro de Resúmenes (pp 50-53). Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Madrid, 2004.
- 359.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 360.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 361.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 362.- **FUNDACIÓN BBVA:** Ibidem. 2003
- 363.- **PARDO R:** Op. Cit. 2003.
- 364.- **PARDO R:** Ibidem. 2003.
- 365.- **PARDO R:** Ibidem. 2003.
- 366.- **FUNDACIÓN BBVA:** Op. Cit. 2003.
- 367.- **ANÓNIMO:** -CIS- Op. Cit. 2001.
- 368.- **ANÓNIMO:** -CIS- Ibidem. 2001.

6.3.2.11.- Factor (Subescala) 10

- 369.- **PALACIOS M:** Op. Cit. 2002.
- 370.- **NBAC:** Op. Cit. 1997.
- 371.- **LÓPEZ M:** Clonación humana reproductiva y terapéutica. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Genética, clonación y ética) XI (43): 339-345. 2000.
- 372.- **RAMÍREZ H:** Op. Cit. 2004.
- 373.- **BELLVER V:** Op. Cit. 2002.
- 374.- **BETHKE J:** Op. Cit. 2000.
- 375.- **RAMÍREZ H:** Op. Cit. 2004.
- 376.- **COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA (CNB):** Op. Cit. 1999.
- 377.- **DEL RÍO C:** Op. Cit. 2001.
- 378.- **FERRER V:** Op. Cit. 2004.
- 379.- **PASTOR L:** Op. Cit. 2002.

- 380.- **BELLVER V:** ¿Clonar?. Ética y Derecho ante la clonación humana. Ed. Comares. Granada, 2000.
- 381.- **BELLVER V:** Op. Cit. 2002.
- 382.- **BOLIVAR F:** Biología moderna y clonación, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003, disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.
- 383.- **CENTRO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SACRO QUORE:** Op. Cit. 2002.
- 384.- **NBAC:** Op. Cit. 2000.
- 385.- **OSTROSKY P:** El cultivo de células embrionarias para fines de investigación, en F Cano, Clonación humana. Instituto de Investigación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2003; disponible en www.bibliojuridica.org/libro.htm?/=478, 16/10/2003.
- 386.- **PARDO A:** Mentiras de la clonación terapéutica; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 387.- **PARDO A:** Léxico de Bioética; disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003. disponible en www.unav.es/cdb/pas1997.html. 8/07/2003.
- 388.- **ADORNO T:** Op. Cit. 1965.
- 389.- **KIRSCHT J y DILLEHAY R:** Op. Cit. 1987.
- 390.- **CHERRY F y BYRNE D:** Op. Cit. 1977.
- 391.- **BUCK-MORSS S:** The Adorno legacy. P.S.P.B. 3: 707-713, 1977.
- 392.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 393.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005.
- 394.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2004.
- 395.- **PUNSET E:** Op. Cit. 2006.
- 396.- **GALA FJ, COSTA C, DÍAZ, M et al:** Cáncer frente a tumor: Estudio de la carga ansiógena mediante Diferencial Semántico. Neoplasia XI (1): 18-22. 1994.
- 397.- **GALA FJ, DÍAZ M, MARTÍNEZ JM et al:** Parto versus cesárea: Un análisis de las actitudes hacia ambos mediante el Diferencial Semántico. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. XII (1): 21-34. 1998.
- 398.- **GALA FJ, LUPIANI M, MARTÍNEZ JM et al:** La lepra y sus estereotipos: Un estudio de sus connotaciones semánticas a la luz de un Diferencial Semántico (D.S.). Revista de Leprología "Fontilles". XX-4: 957-971. 1996.

- 399.- **GALA FJ, LUPIANI M, MARTÍNEZ JM et al:** ¿Qué nos evoca la palabra Cáncer?. Una aproximación al tema a través del Diferencial Semántico (D.S.). *Medicina Psicosomática* 38: 46-54. 1996.
- 400.- **GALA FJ, LUPIANI M, BAS P et al:** Lepra vs. Sida: Comparación de las actitudes que generan ambos conceptos mediante un Diferencial Semántico (D.S.). *Revista de Leprología "Fontilles"*. XX (5) : 1057-1075. 1996.
- 401.- **GALA FJ, LUPIANI M, PAUBLETE MC et al:** ¿Qué nos sugiere el concepto SIDA?: Un análisis de sus connotaciones mediante la técnica del Diferencial Semántico (D.S.). *Medicina Psicosomática* 42-43: 73-83. 1997.

6.3.2.12.- Factor (Subescala) 11

- 402.- **LOZANO M:** Op. Cit. 2004.
- 403.- **WILMUT I, CAMPBELL K y TUDGE C:** Op. Cit. 2000.
- 404.- **LÓPEZ M y ANTUÑANO S:** Op. Cit. 2002.
- 405.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al:** Op. Cit. 2005
- 406.- **LEJEUNE J:** Manipulación genética, *La voz de Galicia* 4/4/1980 -citado por BARRIOS B- Aspectos éticos de los pesquisajes genéticos. *Cuadernos de Bioética (Especial sobre Genética y Clonación)* X (38): 439-446, 1999.
- 407.- **NATIONAL BIOETHICS ADVISORY COMMISSION (NBAC):** Op. Cit. 2000.
- 408.- **NBAC:** Op. Cit. 1997.
- 409.- **LÓPEZ N:** Op. Cit. 2004.
- 410.- **LÓPEZ M:** Op. Cit. 2000.
- 411.- **RAMÍREZ H:** Op. Cit. 2004.
- 412.- **MORA JE:** Op. Cit. 1999.
- 413.- **LEJEUNE J:** ¿Qué es el embrión humano?. Ed. Rialp. Madrid, 1993.
- 414.- **LISKER R:** Op. Cit. 2004.
- 415.- **DE LA BARREDA L:** Op. Cit. 2004.
- 416.- **RUIZ A:** Op. Cit. 2004.
- 417.- **BROCK D:** Op. Cit. 2000.
- 418.- **ROMEO C:** Op. Cit. 2002.
- 419.- **AULESTIARTE S:** Op. Cit. 2004.
- 420.- **COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN:** Op. Cit. 1999.

- 421.- **BUCHANDN A, BROCK D y WICKLER D:** *Genética y justicia*. Cambridge de University Press (ed. española). Madrid, 2002.
- 422.- **PALAZZANI L:** Op. Cit. 2002.
- 423.- **DEL RÍO C:** Op. Cit. 2001.
- 424.- **BALLESTEROS J (coord.):** Op. Cit. 2002.
- 425.- **MOOR R, LEE C y FULKA J:** El contexto de la clonación: células germinales, fecundación y desarrollo embrionario, en VVAA, *En las fronteras de la vida: Ciencia y ética de la clonación* (pp 41-53). Fundación de Ciencias de la Salud. Ed. Doce Calles. Madrid, 1998.
- 426.- **AGUILAR A y ELIZALDE J:** La investigación en biotecnología en la Unión Europea: Aspectos científicos y éticos, en M Palacios (edit.), *Los avances de la Biotecnología: cuestiones de impacto social* (pp 15-25). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.
- 427.- **ANDORNO R:** ¿Tenemos el derecho de multiplicar la especie humana?. Cuadernos de Bioética 25: 10-12, 1996.
- 428.- **BELLVER V:** Las respuestas del Derecho a las nuevas manipulaciones embrionarias. Cuadernos de Bioética (Edición especial sobre Inicio de la vida y clonación) XIII (47): 55-73, 2002.
- 429.- **BENÍTEZ I:** Aspectos jurídicos de la clonación humana, en I Benítez (coord.) *Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos* (pp 55-89) UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 430.- **BOLIVAR F:** Op. Cit. 2003.
- 431.- **BOSTON WOMEN`S HEALTH BOOK COLLECTIVE:** Op. Cit. 2002.
- 432.- **COPERÍAS E:** Op. Cit. 2003.
- 433.- **DE SOLA C:** El proyecto de convenio de bioética del Congreso de Europa, en M Palacios (coord.), *Los avances de la Biotecnología: cuestiones de impacto social* (pp 29-51). 15 Curso de Verano en S. Roque. Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 1995.
- 434.- **DONIGER W:** El sexo y el clon mitológico, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), *Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana-* (pp 117-137). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 435.- **EPSTEIN R:** Un apremio a la cautela: La clonación de seres humanos, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), *Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana-* (pp 247-262). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.

- 436.- **GOULD S**: La moda de Dolly y la pasión de Luis, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 49-60). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 437.- **GRISOLIA S, PUIGDOMENECH P y AYALA F**: ¿Qué podemos esperar de la genética?. Ed. Círculo de Lectores. Barcelona, 2002.
- 438.- **HIDALGO N**: Op. Cit. 1997.
- 439.- **LÓPEZ M**: Hijos de sí mismos; disponible en www.el-mundo-es/salud/Snumeros/97/S236/S236embriologia.html. 20/11/2002.
- 440.- **MILLER W**: Ovejas, chistes, la clonación y lo siniestro, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 83-91). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 441.- **OJEDA C**: Algunos aspectos psicoantropológicos de la clonación en seres humanos. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría, 35: 431-433, 1997.
- 442.- **PÉREZ F**: Clonación y células madre: impacto social, ético y moral; disponible en www.unav.es/cdb/otkssclonacion.ntml. 8/7/2003.
- 443.- **PERIS J**: Los avances médico-científicos en el conocimiento del hombre: un reto para el derecho del futuro, en I Benítez (coord.), Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos (pp 141-161). UIA. Ed. Akal. Madrid, 2002.
- 444.- **POSNER E y POSNER R**: La demanda de la clonación humana, en M Nussbaum y C Sunstein (edits.), Clones y clones -Hechos y fantasías sobre la clonación humana- (pp 223-246). Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- 445.- **ROMEO C**: Op. Cit. 1997.
- 446.- **TRACY D**: Op. Cit. 2000.
- 447.- **VARSI E**: La clonación. De la Ciencia a la Ley; disponible en <http://comunidad.derecho.org/dergenetico/clonacion.html>. 20/11/2002.
- 448.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2004.
- 449.- **GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 450.- **LUPIANI M, GALA FJ, ROMERO JL et al**: Op. Cit. 2005.
- 451.- **PUNSET E**: Op. Cit. 2006.
- 452.- **PASTOR G**: Op. Cit. 1991.
- 453.- **FUNDACIÓN BBVA**: Ibidem. 2003
- 454.- **ANÓNIMO**: -CIS- Op. Cit. 2001.
- 455.- **ANÓNIMO**: Op. Cit. 2005.

ANEXOS

PRESENTACIÓN

UD. HA SIDO ELEGIDO/A DE FORMA ALEATORIA EN UN MUESTREO REALIZADO SOBRE EL COLECTIVO DE MÉDICOS Y ENFERMEROS DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE PUERTO REAL Y PUERTA DEL MAR Y DE PROFESORES/AS Y ALUMNOS/AS DE LA UCA, DENTRO DE UN PLAN INVESTIGADOR DE CARÁCTER CIENTÍFICO SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LA CLONACIÓN.

EN ESTE SOBRE APARECEN UNOS CUESTIONARIOS DE CARÁCTER ANÓNIMO; LE ROGAMOS ENCARECIDAMENTE QUE LOS CONTESTE, PUES DE SUS RESPUESTAS SE DESPRENDERÁN CONCLUSIONES DE GRAN INTERÉS PARA EL ESTUDIO QUE ESTAMOS REALIZANDO. UNA VEZ CUMPLIMENTADOS, DEBERÁ DEPOSITARLOS ANTES DE 10 DÍAS EN EL CONTROL DE ENFERMERÍA O EN EL DESPACHO DE MÉDICOS, SEGÚN SE TRATE, DE SU CORRESPONDIENTE SERVICIO O SECCIÓN Y EN CASO DE NO DISPONER DE DESPACHO DE MÉDICOS EN EL REFERIDO CONTROL DE ENFERMERÍA. SI ES PROFESOR UNIVERSITARIO, POR FAVOR, ENTRÉGUELO EN LA SECRETARÍA DE SU CENTRO.

EL SOBRE QUE HA DE UTILIZAR PARA DEVOLVER LOS CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS, SEGÚN SE LE HA INDICADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, ES EL QUE LE ADJUNTAMOS EN ESTE ENVÍO.

¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN ¡

INSTRUCCIONES GENERALES

En el sobre aparecen –además de esta presentación y el sobre de devolución- cuatro cuestionarios que ud. debe cumplimentar. Cada cuestionario tiene sus **instrucciones específicas, léalas con atención**; ahora bien, son cuestionarios que no tienen respuestas correctas o incorrectas, sino que describen aspectos relacionados con diversos tipos de actitudes, así como sobre ciertos datos sociodemográficos.

Doctoranda:	Dña. Mercedes Lupiani Giménez
Directores:	Prof. Dr. D. José L. Romero Palanco. Prof. Dr. D. Fco. Javier Gala León.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO
(Por favor ponga una X donde corresponda)

SEXO: 1. VARÓN. --- **EDAD:** 1. MENOS DE 30 AÑOS. --- 2. DE 31 A 40 AÑOS. ---
2. MUJER. --- 3. DE 41 A 50 AÑOS. --- 4. DE 51 A 60 AÑOS. ---
5. MÁS DE 60 AÑOS. ---

ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO (A). --- 2. CONVIVE CON PAREJA ESTABLE O CASADO (A). --
3. VIUDO (A) . --- 4. SEPARADO (A) DIVORCIADO (A). ---

NIVEL ACADÉMICO:

1. DOCTOR EN MEDICINA. --- 2. MÉDICO NO ESPECIALISTA. ---
3. MIR. --- 4. ESPECIALISTA EN. -----5. DUE. ---
6. ATS. --- 7. ALUMNO /A DE. ----- 8. PROFESOR/A. ---
9. DEPARTAMENTO (si es profesor). -----
10. ESTAMENTO (p. ej. Titular, Catedrático, Asociado, etc). -----

CENTRO DONDE TRABAJA:

1. HOSPITAL UNIV. PTA. DEL MAR. --- 2. HOSPITAL UNIV. PTO. REAL. ---
3. FACULTAD DE F. Y LETRAS. --- 4. ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA. ---
5. OTRO. ---

SERVICIO O PUESTO DE TRABAJO: -----

ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL:

1. HASTA 5 AÑOS. --- 2. DE 6 A 10 AÑOS. --- 3. DE 11 A 15 AÑOS. ---
4. DE 16 A 20 AÑOS. --- 5. MÁS DE 20 AÑOS. ---

SEGÚN UD. SU NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN SOBRE EL TEMA DE LA CLONACIÓN ES: 1. ESCASO O INSUFICIENTE. --- 2. ADECUADO O SUFICIENTE. ---

¿TIENE UD. ALGÚN FAMILIAR, ALLEGADO O UD. MISMO, QUE PODRÍA BENEFICIARSE SANITARIAMENTE CON LAS TÉCNICAS DE CLONACIÓN TERAPÉUTICA?:

1. SÍ. --- 2. NO. ---

¿ES UD. UNA PERSONA CON CREENCIAS RELIGIOSAS?: 1. SÍ. --- 2. NO. ---

¿SE CONSIDERA UNA PERSONA QUE PONE EN PRÁCTICA SUS CREENCIAS RELIGIOSAS?:

1. NORMALMENTE NO. --- 2. DE FORMA MODERADA. --- 3. NORMALMENTE SÍ. ---

INVENTARIO DE CREENCIAS RELIGIOSAS O RELIGIOSIDAD

Este inventario, como puede observar, es completamente **anónimo** y pretende evaluar las creencias y prácticas religiosas. Le rogamos encarecidamente que **lea con atención** las preguntas y **sea sincero (a)** al emitir las respuestas.

INSTRUCCIONES: Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta precedidas de una letra –A, B, C- Ud. deberá elegir la opción que considere apropiada, y señalar, marcando con una (X), la letra de la opción elegida, en la columna de la derecha. **Ejemplo:** La pregunta número 5 aparece del siguiente modo: 5). ¿INTENTA PERDONAR TODAS LAS OFENSAS QUE RECIBE?.

A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca.... A B C
El sujeto del ejemplo intenta perdonar las ofensas que recibe A VECES, por ello, ha marcado la opción B

1	¿CREE EN LA EXISTENCIA DE DIOS? A). Sí B). No estoy seguro C). No	A	B	C
2	¿MANTIENE REGULARMENTE LA COMUNIÓN ESPIRITUAL CON DIOS (PRACTICA ORACIÓN, EL REZO, CULTO, ALABANZAS)? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C
3	¿HACE LO POSIBLE POR LLEVAR UNA VIDA COHERENTE CON SUS CREENCIAS RELIGIOSAS? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C
4	¿PARTICIPA REGULARMENTE EN LAS ACTIVIDADES DE SU GRUPO RELIGIOSO O IGLESIA? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C
5	¿INTENTA PERDONAR TODAS LAS OFENSAS QUE RECIBE? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C
6	¿CREE USTED EN LA EXISTENCIA DE UNA VIDA ETERNA DESPUÉS DE LA MUERTE? A). Sí B). No estoy seguro C). No	A	B	C
7	¿INTENTA PONER A DIOS EN PRIMER LUGAR EN SU VIDA DE FORMA PRÁCTICA? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C
8	¿CREE USTED QUE DIOS HA REVELADO SU VOLUNTAD PARA CON LOS SERES HUMANOS MEDIANTE SAGRADAS ESCRITURAS? A). Sí B). No estoy seguro C). No	A	B	C
9	¿TRATA DE MANTENER UNA ACTITUD TOLERANTE Y RESPETUOSA (NO FANÁTICA NI EXTREMISTA) CON CREYENTES DE LA MISMA FE Y CON OTRAS PERSONAS? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C
10	¿TRATA DE AYUDAR AL PRÓJIMO DE UNA FORMA PRÁCTICA? A). Siempre o casi siempre B). A veces C). Nunca o casi nunca	A	B	C

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ESCALA “F” –REVISADA-

INSTRUCCIONES

A continuación aparecen unas cuestiones discutibles sobre la que deseáramos conocer su opinión. Cada cuestión o frase presenta a la derecha tres opciones. Ud. deberá elegir la respuesta más acorde a sus criterios entre las tres opciones (A B C) y marcarla con una equis (X) en la columna de la derecha, según la siguiente regla: Si está de acuerdo con la cuestión o ésta se ajusta a su modo de pensar marcará la A (A B C). Si no logra decidirse, no lo ve claro o no tiene determinado el criterio, marcará la B (A B C). Si está en desacuerdo o considera que esa frase no se ajusta a su forma de pensar, marcará la C (A B C).

La prueba es ANÓNIMA. Por favor, CONTESTE CON SINCERIDAD. Gracias.

ESCALA

1	La obediencia y el respeto a la autoridad son las primeras virtudes que deben inculcarse a los niños.	A	B	C
2	Las dificultades sólo detienen al que carece de fuerza de voluntad.	A	B	C
3	La ciencia tiene su importancia, pero hay cosas que posiblemente jamás serán comprendidas por la mente humana.	A	B	C
4	Mientras haya hombres habrá guerras.	A	B	C
5	Hay que tener fe en la Providencia y obedecer sus decisiones sin vacilación.	A	B	C
6	Cuando se tiene una preocupación, lo mejor es dejar de pensar en ella y divertirse.	A	B	C
7	Un universitario debe evitar el trato con gente maleducada.	A	B	C
8	Lo que necesita la juventud es disciplina, determinación y deseo de luchar y de trabajar por la Patria y por la familia.	A	B	C
9	Algunas personas nacen con irreprimible amor al peligro.	A	B	C
10	En las grandes concentraciones urbanas es necesario poner especial cuidado para evitar contagios (en los bares, toilettes, etc.) de enfermedades infecciosas.	A	B	C
11	A veces los jóvenes se sienten rebeldes, pero, a medida que envejecen, lo natural es que abandonen sus ideas y se adapten a la realidad.	A	B	C
12	Es más importante el orden público que la libertad política.	A	B	C
13	Más que las leyes, instituciones y programas políticos, lo que necesitamos es un jefe en quien poder confiar.	A	B	C
14	Los crímenes sexuales merecerían ser castigados con escarmientos ejemplares.	A	B	C
15	En definitiva, las personas se dividen en débiles y fuertes.	A	B	C
16	Es un error el tener a negros o inmigrantes de capataces de obreros blancos.	A	B	C
17	Nada más bajo que una persona que ama y respeta poco a sus padres.	A	B	C
18	Algún día se demostrará que la Astrología y las Ciencias Ocultas pueden explicar muchas cosas.	A	B	C
19	Es posible que haya excepciones, pero los gitanos son muy parecidos, en general	A	B	C
20	La Psicología se mete en cosas que deberían quedar al margen de la Ciencia porque son totalmente personales.	A	B	C
21	Las guerras y los desórdenes acabarán un día por destruir la tierra entera.	A	B	C
22	Muchos problemas sociales se resolverían si pudiésemos deshacernos de los inmorales y los retrasados mentales.	A	B	C
23	Todas las formas de discriminación racial contra los gitanos deberían considerarse ilegales y duramente castigadas.	A	B	C
24	Las orgías sexuales de los antiguos romanos eran juegos de niños comparadas con las que se celebran hoy incluso en sitios en los que nadie pudiera imaginarse.	A	B	C
25	Si se hablara menos y se trabajara más todo iría mejor.	A	B	C

26	Los gitanos son ciudadanos tan apreciables como los demás.	A	B	C
27	La mayoría de la gente muere sin apreciar en qué medida los destinos de todos nosotros son decididos secretamente por personas que ni siquiera conocemos.	A	B	C
28	Los homosexuales se diferencian bien poco de los criminales y deberían ser tratados como ellos.	A	B	C
29	Los japoneses son un pueblo de naturaleza cruel.	A	B	C
30	El industrial y el comerciante benefician más a la sociedad que los intelectuales y artistas.	A	B	C
31	A ninguna persona normal se le puede pasar por la imaginación la idea de hacer algo que perjudique a un amigo o pariente.	A	B	C
32	Si se pretende que le respeten a uno, debe evitarse dar confianza a la gente.	A	B	C
33	Las cosas importantes sólo se aprenden a través del sufrimiento.	A	B	C
34	Sería mejor dejar a los gitanos en el interior de sus barrios y escuelas propias, para evitar excesivos contactos con los payos.	A	B	C
35	“Los míos, tengan o no razón” es una afirmación que expresa una actitud recomendable.	A	B	C
36	La gente de color es innatamente inferior a los blancos.	A	B	C

ACTITUDES ANTE LA CLONACIÓN: “LA ESCALA C”

Este cuestionario forma parte de una investigación científica, por lo que le rogamos y agradecemos que colabore, asegurándole el anonimato y la confidencialidad.

INSTRUCCIONES

A continuación aparecen preguntas que expresan actitudes hacia la clonación y la utilización en ella de embriones humanos. Son cuestiones discutibles y controvertidas, por lo que deseáramos conocer su opinión al respecto. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta (A, B, C) ; Vd. deberá considerar, según sus criterios personales, si está o no de acuerdo con ella y señalar, marcando con una equis (x), la letra de la opción elegida, en la columna de la derecha, del siguiente modo: Marcando la A si considera cierto, correcto, o está de acuerdo con lo que se afirma; marcando la B si lo duda o no lo tiene claro y marcando la C si no está de acuerdo o no cree que sea cierto o correcto lo que se expresa en ella. Veamos un ejemplo. La pregunta nº 1 dice:

No está clara la determinación existencial de si ante un embrión estamos o no en presencia de un individuo humano, luego no es lógico el prohibir tajantemente la investigación con ellos....A B C

El sujeto del ejemplo ha marcado la B porque no tiene claro o duda lo que se afirma en la pregunta, aunque no tanto como para oponerse y marcar la C.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

CUESTIONARIO

1	No está clara la determinación existencial de si ante un embrión estamos o no en presencia de un individuo humano, luego no es lógico el prohibir tajantemente la investigación con ellos	A	B	C
2	Es inmoral el subordinar la protección a los embriones a los criterios de utilidad (aún curativa) para los seres humanos nacidos	A	B	C
3	El embrión constituye el primer tramo de la existencia del hombre que ha de ser respetado y protegido, no permitiéndose su manipulación o destrucción pues tiene los mismos derechos que otro ser humano en cualquier fase del desarrollo	A	B	C
4	La sociedad debe efectuar sus valoraciones sobre los avances de la clonación en base a sus aplicaciones biomédicas y eficacia y no en base a principios éticos/religiosos	A	B	C
5	Nos guste o no, existen embriones sobrantes de las Técnicas de Fertilización in Vitro por Trasplante de Embriones (FIVTE) congelados, luego parece absurdo no utilizarlos para investigaciones dirigidas a poder curar enfermedades, puesto que es más digna y humana la utilización de los embriones sobrantes que su destrucción	A	B	C
6	Solo son personas quienes dan muestras de ser seres racionales y actúan racionalmente como sujetos humanos; el embrión evidentemente no es una persona y, por tanto, no es sujeto de derechos y debe poder utilizarse en investigación en clonación	A	B	C
7	El embrión humano es un ser humano desde el principio y no un mero tejido humano o un ser “prehumano”	A	B	C
8	Oponerse a la clonación podría suponer una forma de obstruccionismo a los derechos reproductivos del ser humano	A	B	C
9	Nunca puede prevalecer el interés y el bienestar social sobre el individual a costa de los derechos humanos, por ello la destrucción de embriones ha de prohibirse sean cuales sean los beneficios que reporte	A	B	C
10	El derecho a la vida de un ser humano nacido está por encima del de un mero embrión, por ello debe permitirse la clonación terapéutica	A	B	C
11	Mediante la clonación reproductiva se vence a la muerte y el miedo a la misma por la reproducción continua de un descendiente idéntico, por ello no debe prohibirse	A	B	C
12	Ser persona implica una inviolable dignidad, un valor absoluto y unos inalienables derechos que el embrión humano también posee en todas sus fases	A	B	C
13	Son los sectores más conservadores los que se empeñan en impedir de forma intransigente la investigación con embriones con fines terapéuticos	A	B	C
14	Si el embrión humano no es persona porque no es un ser humano con razonamiento, tampoco lo son los dementes, ni los retrasados mentales, luego si se puede manipular y destruir a los embriones también se puede hacer lo mismo con los dementes y retrasados mentales	A	B	C
15	El embrión humano es un ser humano y, como tal, un nuevo paciente de la medicina, no un mero producto para la investigación biomédica bajo principios utilitaristas o un simple medio para un fin, por muy elevado que sea.	A	B	C

16	En el juicio moral de la clonación no debemos olvidar la perspectiva histórica, recordemos como fueron juzgadas también como perversas las ideas de Copérnico, Galileo, Darwin o Einstein y hoy se han aceptado	A	B	C
17	El embrión humano no es persona hasta la implantación luego hasta ese momento no debe haber problemas éticos o legales para su utilización en la clonación	A	B	C
18	La clonación reproductiva no debe prohibirse puesto que puede ofrecer bienes indudables como aminorar los efectos psicológicos de la pérdida de un ser querido o producir seres de un alto nivel intelectual	A	B	C
19	Es discutible si un embrión de 6 días es un ser humano o no, pero lo que sí está claro es que una persona enferma de diabetes o Parkinson sí lo es... luego la opción es clara: ¡sí a la clonación terapéutica!	A	B	C
20	El preembrión no es un ser humano sino tan sólo “tejido humano”, persona en potencia pero no en acto, y como tal es manipulable y objeto de investigación	A	B	C
21	Cualquier investigación es legítima si se sigue un gran beneficio para la humanidad, por ello no debe restringirse ni prohibirse la investigación sobre la clonación humana	A	B	C
22	Dadas las ventajas potenciales de la clonación, incluso económicas, sería una tragedia el que por absurdos escrúpulos teológicos o filosóficos se rechazara de forma alegre	A	B	C
23	Es bueno y lícito buscar la felicidad y el bien para el mayor número de personas, aún a costa del sacrificio, inconveniente o involuntario de la minoría, por ello es buena la clonación terapéutica aunque se sacrifiquen embriones	A	B	C
24	Se debe permitir la clonación terapéutica puesto que salvará vidas humanas y mejorará la sociedad	A	B	C
25	Se dice que en contra de la clonación tan solo hay miedos, fanatismos y prejuicios irracionales; sin embargo, detrás de las actitudes a su favor están la vanidad, el prestigio social, el dinero o el utilitarismo	A	B	C
26	Lo verdaderamente ético es el utilizar los embriones sobrantes de FIVTE con fines terapéuticos en técnicas de clonación. Eso sí que es una obligación ética	A	B	C
27	Al experimentar con embriones humanos, se destruyen seres humanos injustificadamente en aras del progreso de la humanidad y de los derechos de la ciencia	A	B	C
28	Los embriones humanos deben ser respetados, pero en los primeros estadios no se les debe proteger tanto que no podamos experimentar con ellos	A	B	C
29	La necesidad de avanzar científicamente y el derecho a la libertad de investigación son mayores que el respeto que hay que dar a un embrión	A	B	C
30	El que crea que un preembrión es una persona humana debe respetar a los que no creen que sea una persona y, como tal, no oponerse radicalmente a la clonación	A	B	C
31	La curación de enfermedades y la promoción de la salud no justifican por sí mismas cualquier técnica, como la clonación	A	B	C
32	El embrión, el niño de un año, el joven de 20 y el anciano de 90, son acúmulos de más o menos células, pero todos ellos pertenecen a la especie humana y son individuos de la especie humana y todos deben de ser protegidos	A	B	C
33	No se debe intervenir en la línea germinal de la especie humana por los daños irreversibles que se podrían originar para la misma, por ello no deben llevarse a cabo prácticas de clonación humana reproductiva	A	B	C
34	Una cosa es la prudencia ante la clonación y otra la intransigencia, por ello debe regularse legalmente, adaptándose a la realidad, y no meramente prohibirse	A	B	C
35	El cigoto, en cuanto célula, es una unidad de vida y al poseer un DNA específicamente humano y el genoma completo de un adulto ya es vida humana desde la concepción y debe ser protegido	A	B	C
36	El investigar con embriones humanos debe ser considerado como delito en el código penal no por fanatismo sino en base a los derechos del hombre y por respeto a la vida, por ello debería establecerse una prohibición universal y específica por las Naciones Unidas sobre la clonación de seres humanos en cualquier fase de su formación y desarrollo	A	B	C
37	Si el cigoto es un individuo o no es un mero debate filosófico sin trascendencia científica alguna que no debe frenar las investigaciones en clonación	A	B	C

38	Es contradictorio el condenar la clonación terapéutica en sociedades que toleran el genocidio, la miseria, la guerra e, incluso, la pena de muerte	A	B	C
39	Es absurdo el justificar la clonación porque con ella se podrán curar enfermedades puesto que existen otras formas de curarlas sin recurrir a la clonación de embriones	A	B	C
40	No solo los medios utilizados en las técnicas de clonación -destruir embriones- son indeseables, sino también los fines como la posible producción de seres clónicos inferiores como fuente de trasplantes	A	B	C
41	Detrás del interés por pedir que se permita la investigación con embriones y la clonación no solo hay “interés humanitario” sino razones de vanidad científica, prestigio social o dinero	A	B	C
42	Es menos malo dejar morir a los embriones que explotarlos de forma utilitarista	A	B	C
43	El progreso científico es esencialmente bueno en todos los casos incluso en el caso de la clonación	A	B	C
44	Es legítimo el usar embriones en clonación terapéutica bajo el principio moral del mal menor...sobre todo en el caso de embriones sobrantes de Técnicas de Fertilización in Vitro (FIVTE).	A	B	C
45	La libertad constitucional a la investigación solo puede constreñirse cuando se lesionen o peligren intereses jurídicos relevantes...y este no es el caso de la clonación	A	B	C
46	El separar la clonación “terapéutica” de la reproductiva es una estrategia semántica que intenta debilitar el problema moral de la clonación humana puesto que éticamente no existen diferencias entre ambas pues traspasan una frontera infranqueable de normas bioéticas	A	B	C
47	El miedo cuando sea una simple manifestación de un temor irracional, por muy extendido que esté, o las creencias e ideologías, por muy compartidas que sean, no deben limitar el ejercicio de la producción y creación científica en el caso de la clonación	A	B	C
48	Es absurdo que países como España que tienen permitido el aborto en ciertos casos, polemiquen o prohíban la destrucción de embriones en la clonación terapéutica	A	B	C
49	El embrión de menos de 14 días es un preembrión que no es persona y, como tal, carece de derecho a la vida, luego prohibir la clonación terapéutica aquí es absurdo	A	B	C
50	La destrucción de embriones humanos, incluso con fines terapéuticos, plantea serios problemas morales que no son necesariamente de procedencia religiosa o irracional	A	B	C
51	Se debe prohibir la clonación terapéutica, puesto que -una vez implantada- la reproductiva llegará inmediatamente	A	B	C
52	Se deben eliminar las barreras que impidan una investigación libre, ofreciéndose normas y cauces que permitan la investigación en el tema de la clonación terapéutica, al margen de creencias religiosas o éticas que son respetables, pero que no pueden ser intransigentes	A	B	C
53	El hablar en la clonación de “preembriones” es un eufemismo, una manipulación de palabras, un calmante de conciencias que pretende enmascarar que es un ser humano y así evitar el problema ético	A	B	C
54	Aún siendo el embrión un ser humano sujeto de derechos es menos malo y aceptable el utilizar los embriones sobrantes de FIVTE con fines terapéuticos que el destruirlos o el dejarlos morir inútilmente	A	B	C
55	La humanidad no debe renunciar a las inmensas posibilidades de clonación reproductiva por el temor irracional a que se hagan realidad las peores pesadillas	A	B	C
56	Quienes quieren prohibir la clonación por sus consecuencias indeseables son ayatolás o religiosos fanáticos que pretenden paralizar el avance científico	A	B	C
57	Es hipócrita el oponerse a la clonación reproductiva humana y no a la terapéutica; la “terapéutica” es tan clonación como la otra y destruye igual a los embriones, de hecho el diferenciar clonación terapéutica y reproductiva es una mera artimaña semántica y legislativa para calmar conciencias	A	B	C
58	La utilización del embrión humano en clonación supone una verdadera veterinización del embrión que atenta contra la dignidad humana	A	B	C
59	No es ético el crear y luego destruir un embrión humano una vez obtenidas las células madre, por muy loables fines que se persigan con la clonación	A	B	C